

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU

DIPLOMSKA NALOGA

NELI PIŠČANEC

Izola, 2014

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU

**NEBESEDNA KOMUNIKACIJA S PACIENTOM, KI
POTREBUJE OBSEŽNO ZDRAVSTVENO NEGO:
NEPOSREDNO OPAZOVANJE**

**NONVERBAL COMMUNICATION WITH PATIENT WHO NEEDS
EXTENSIVE HEALTH CARE: DIRECT OBSERVATION**

Študentka: NELI PIŠČANEC

Mentorica: SABINA LIČEN, mag. zdr. neg., pred.

**Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI
PROGRAM**

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

Izola, 2014

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA VEDE O ZDRAVJU

**NEBESEDNA KOMUNIKACIJA S PACIENTOM, KI
POTREBUJE OBSEŽNO ZDRAVSTVENO NEGO:
NEPOSREDNO OPAZOVANJE**

**NONVERBAL COMMUNICATION WITH PATIENT WHO NEEDS
EXTENSIVE HEALTH CARE: DIRECT OBSERVATION**

Študentka: NELI PIŠČANEC

Mentorica: SABINA LIČEN, mag. zdr. neg., pred.

**Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI
PROGRAM**

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

Izola, 2014

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNA IZHODIŠČA	2
2.1 SPOROČANJE IN SPORAZUMEVANJE.....	2
2.2 ZNAČILNOSTI KOMUNICIRANJA IN KOMUNIKACIJE.....	4
2.3 PRAVILA DOBRE KOMUNIKACIJE	5
2.3.1 Prožnost in izbira vedenja	5
2.3.2 Spretnosti	6
2.3.3 Spoštovanje	6
2.4 VRSTE KOMUNIKACIJE	7
2.5 NEVERBALNA KOMUNIKACIJA	8
2.5.1 Značilnosti neverbalne komunikacije	8
2.5.2 Pogled.....	9
2.5.3 Telesna drža in geste.....	11
2.5.4 Telesni stik, dotik	12
2.6 KOMUNIKACIJA S STAROSTNIKI IN UMIRAJOČIMI	16
2.6.1 Terapevtska komunikacija in terapevtski odnos	18
2.7 EMOCIONALNI IN ETIČNI VIDIK KOMUNIKACIJE.....	20
2.8 EMPATIJA	21
2.8.1 Empatija kot oblika komunikacije.....	22
2.8.2 Altruizem.....	23
2.8.3 Vloga empatije pri altruističnem vedenju.....	23
2.8.4 Empatija v medosebnih odnosih	24
2.8.5 Stopnje in vidiki empatije.....	25
2.9 VLOGA EMPATIJE V ZDRAVSTVU	26
2.9.1 Stopnja empatije pri odzivanju medicinske sestre	27
2.9.2 Vpliv empatije na izgorevanje zdravstvenega osebja	29
2.9.3 Cilj empatije.....	30
2.9.4 Kakovost storitev v zdravstveni negi z vidika bližine, empatije in komunikacije	30

3 METODE DELA	34
3.1 NAMEN, CILJ IN RAZISKOVALNO VPRAŠANJE	34
3.2 VZOREC, POPULACIJA	34
3.2.1 Pripomočki.....	35
3.2.2 Potek raziskave	36
4 REZULTATI.....	37
4.1 AKTIVNOST PACIENTK	37
4.2 AKTIVNOST OSEBJA	38
4.3 POVEZOVANJE AKTIVNOSTI PACIENTK IN OSEBJA	39
5 RAZPRAVA.....	46
6 ZAKLJUČEK	51
7 SEZNAM VIROV	53

KAZALO PREGLEDNIC

Preglednica 1: Stopnja empatije v odzivanju medicinske sestre	28
Preglednica 2: Ocena bolečine pri pacientu, ki ne komunicira ("PAINAD lestvica")	33

KAZALO SLIK

Slika 1: Shema poteka enosmerne komunikacije	3
Slika 2: Shema poteka dvosmerne komunikacije	3
Slika 3: Aktivnosti pacientk	37
Slika 4: Aktivnosti (odzivi) zdravstvenega osebja	38
Slika 5: Aktivnosti prve pacientke v času 8ur	39
Slika 6: Aktivnosti zdravstvenega osebja pri prvi pacientki v času 8 ur.....	40
Slika 7:Aktivnosti druge pacientke v času 8ur	41
Slika 8: Aktivnosti zdravstvenega osebja pri drugi pacientki v času 8ur.....	41
Slika 9: Aktivnosti tretje pacientke v času 8ur	42
Slika 10: Aktivnosti zdravstvenega osebja pri tretji pacientki v času 8ur.....	43
Slika 11: Aktivnosti četrte pacientke v času 8ur	44
Slika 12: Aktivnosti zdravstvenih delavcev pri četrti pacientki v času 8ur.....	44

POVZETEK

Neverbalna komunikacija in empatija predstavljajo večino, oziroma lastnost, ki je ne gre zanemarjati, še posebej pri poklicih nudenja pomoči drugim. Komunikacija se začne pri opazovanju, očesnem kontaktu, mimiki obraza in telesa, gestah rok. Preplet verbalnega in neverbalnega sporazumevanja je najboljši način komunikacije. Ker v praksi zdravstvene nege verbalna komunikacija s strani pacientov velikokrat ni možna, ali pa je omejena, je ugotavljanje pacientovih potreb na drug način nujno. Medicinske sestre so odgovorne za ugotavljanje in zadovoljevanje pacientovih potreb na področju zdravstvene nege, ne glede na zmožnosti in znanje pacienta, da svoje potrebe izrazi.

Namen diplomske naloge je bil raziskati pomembnost neverbalne komunikacije v zdravstveni negi. Ta je zlasti pomembna pri pacientih, ki potrebujejo celotno pomoč, podporo in nadzor medicinske sestre (kategorija III.) in so zaradi zdravstvenega stanja omejeni tudi v komunikaciji.

Cilj diplomske naloge je bil ugotoviti pozornost medicinskih sester do izraženih potreb pacienta, ki potrebuje obsežno zdravstveno nego. Zanimalo nas je predvsem, ali medicinske sestre pacientom, ki potrebujejo celotno pomoč izkazujejo sprejemanje, oz. naklonjenost z dotiki in pogledom v oči. Predstavljeni so rezultati opazovanja 4 pacientk in 4 članov zdravstvenega osebja, ki je bilo izvedeno v Bolnišnici za zdravljenje in rehabilitacijo kroničnih pljučnih pacientov Sežana.

Z raziskavo smo ugotavljali preseganje zadolžitev medicinske sestre pri oskrbi umirajočega in njeno izražanje sprejemanja/naklonjenosti z dotiki in pogledom v oči. Ugotovili smo, da empatija in neverbalna komunikacija medicinskim sestram pomaga pri pravilnem ugotavljanju in zadovoljevanju pacientovih potreb.

Ključne besede: neverbalna komunikacija, empatija, zdravstvena nega, terapijski odnos, komunikacija z umirajočimi.

ABSTRACT

Nonverbal communication and empathy represent skills or characteristics, which should not be neglected, especially when one is engaged in profession which includes providing help to other people. Communication starts with observation, eye contact, face and body expressions, and hand gestures. Combination of verbal and nonverbal communication is best mode of communication. In professional medical care practice patients are often unable to express their needs verbally, or they can do so in only a very limited way, so other means of discovering their needs is even more important. Nurses are responsible for fulfilling requests and needs of patients, independently of their ability or knowledge to express them.

The purpose of this graduation thesis is to investigate importance of nonverbal communication medical care practice. Nonverbal communication is especially important at work with patients who need comprehensive care, support and monitoring (category III) and are limited in their communication abilities due to their medical condition.

The aim of this graduation thesis is determine the degree of attention nurses provide to needs expressed by their patients. Primarily we tried to determine if nurses provide acceptance to patients needing comprehensive care. Results of observation of four female patients and four members of medical staff, which was conducted in Hospital for treatment and rehabilitation of chronic lung patients Sežana, are presented.

Exceedance of assignments of nurses in care of dying patient and expression of acceptance with touch and eye contact was determined. In our survey we have reached the conclusion, that the use of empathy and nonverbal communication helps nurses to identify and meet the needs of patients.

Key words: nonverbal communication, empathy, health care, therapeutic relationship, communication with dying patients.

1 UVOD

Komunikacija medicinske sestre s pacienti in sodelavci je integralni del poklicnega delovanja medicinske sestre. Medsebojne komunikacije dajejo smer, obliko in vsebino njenemu delovanju in ji zagotavljajo samoaktualizacijo in samopotrjevanje v poklicu. Kdor se odloči za ta poklic in vztraja v njem, je srečen in zadovoljen lahko samo, če se permanentno uči, opazuje in osebnostno in poklicno raste in zori v medsebojnih odnosih (1).

V vseh poklicih, kjer je osnovna narava dela usmerjena predvsem v delo z ljudmi, so poleg znanja in izrazite motivacije potrebne še določene osebnostne lastnosti, brez katerih pri takšnem delu ne moremo biti uspešni. Ena izmed teh lastnosti je empatija. Empatijo opredeljujemo kot vživljanje, akt projiciranja samega sebe v določen položaj, kot obliko identificiranja z nekom. Pri empatiji gre za sposobnost, ki je po svoji naravi intelektualno-emocionalna in nam omogoča, da preniknemo v psiho druge osebe, vendar se z njo ne poistovetimo (2).

Profesionalni medsebojni odnos medicinske sestre s pacientom vsebuje premišljeno uporabo sebe kot sredstva za pomoč pacientu v njegovih fizičnih in psiholoških potrebah pri zelo pomembni poti do zdravlja. Odnos med medicinsko sestro in pacientom predstavlja usmerjeno uporabo sebe v vseh profesionalnih odnosih s pacientom in ljudmi, ki so pomembni za pacienta (1).

Odnos, ki temelji na pomoči, ni samoumeven. Gradi se s prizadevnostjo, ko medicinska sestra dosledno uporablja tehnike terapevtske komunikacije, tako verbalne kot neverbalne (3).

Namen diplomske naloge je predstaviti neverbalno komunikacijo med pacienti in medicinskimi sestrami in njen pomen pri odkrivanju in zadovoljevanju temeljnih človekovih potreb. Ugotoviti želimo, v kolikšni meri medicinske sestre prepoznavajo potrebe pacientov iz njihove neverbalnih sporočil.

2 TEORETIČNA IZHODIŠČA

2.1 Sporočanje in sporazumevanje

V psihološkem in sociološkem pogledu človek ne bi bil človek, če ne bi sporočal svojih opazanj, misli, sodb itd. drugim ljudem. Sporočanje (komunikacija) je podobno kot delo ena temeljnih lastnosti Homo Sapiensa. Razlikujemo besedno (verbalno) in nebesedno (neverbalno) sporazumevanje (4).

Beseda komunikacija izhaja iz latinske besede „*communicare*“, kar pomeni narediti nekaj skupaj ali deliti kaj s kom. Danes s komunikacijo mislimo predvsem na izmenjavo mnenj in stališč, nastajanje skupinskih ali skupnih mnenj in stališč (narediti nekaj skupaj) ter posredovanje obvestil (deliti kaj s kom) (5).

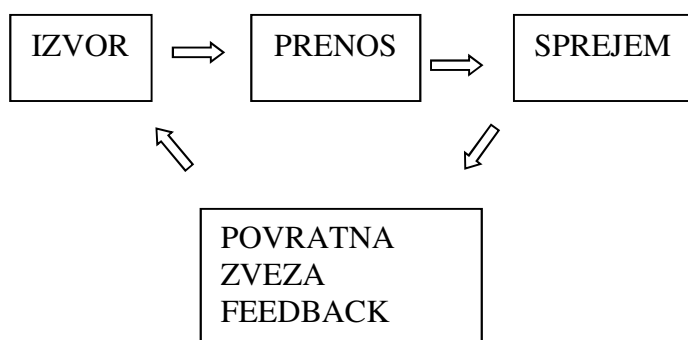
V »praksi« človek komunicira enovito, torej obenem verbalno in neverbalno, in šele celota obeh načinov komuniciranja daje komunikacijski učinek. Zato je bolj upravičeno govoriti o dveh vidikih komuniciranja kot o dveh različnih načinih ali področjih komuniciranja. To pa ne pomeni, da ne obstajajo pomembne posebnosti neverbalnega komuniciranja, ki ga razlikujemo od verbalnega komuniciranja. Te posebnosti so tako v sredstvih in načinu kodiranja in dekodiranja neverbalnega komuniciranja kot v kanalih neverbalnega komuniciranja (6).

Ljudje komuniciramo, da bi se družili, izrazili svoje potrebe, svoje želje in da bi dali duška svojim čustvom. Ljudje prav tako komuniciramo, da bi spodbudili akcijo, da bi torej vplivali na druge, da bi se vedli na določen način. S kliničnega zornega kota pa tisti, ki nudi pomoč, komunicira, da bi pomiril paciente ali kliente. In sicer s tem, da jim posreduje informacijo, ki zadeva njihovo bolezen, kadar gre za diagnozo, ali pa zmanjša njihov strah in tesnobo, ko jim sproti poroča o dogajanju in odgovarja na morebitna vprašanja. Kot pravi Stanton (7), je celoten namen komunikacije biti slišan in priznan, razumljen in sprejet.

Razlikujemo enosmerno in dvosmerno komunikacijo. Pri prvi se informacije širijo samo od sporočevalca k naslovniku, pri drugi pa v obe smeri, tako da je sporočevalec tudi naslovnik in naslovnik sporočevalec (4) (Slika 1, Slika 2).



Slika 1: Shema poteka enosmerne komunikacije (8)



Slika 2: Shema poteka dvosmerne komunikacije (8)

Komunikacijski proces razumemo kot prenašanje sporočil med pošiljatelji in prejemniki po različnih poteh ali kanalih. Izredno pomembne so povratne informacije. To so v bistvu informacije, ki se od prejemnika vračajo k pošiljatelju in mu povedo kako so bile sprejete in razumljene (8).

Vpliv izzvanih občutij in misli, ko se srečata dve osebi je vedno dvosmeren. Povedano lahko sproži v nas nelagodje in posledični odpor in umik. In obratno, zaradi vsega tistega, kar nam je bilo povedano, neposredno ali posredno, se počutimo spodbujeni, zaznamo nenadoma več energije in poleta v sebi ter smo takšen kontakt pripravljeni nadaljevati in ga poglobljati (9).

Ob pomoči jezika in znotraj besed se učimo misliti, čutiti in soditi, in glede na vse to oblikujemo svoje vedenje. Jezik nam omogoča izražanje, komunikacijo, daje izkušnji pomen, omogoča ljudem trajen družben red, prenašanje lastne kulture. Jezik je postal najbolj izrazita značilnost človeka in njegove družbene urejenosti in človek uporablja jezik kot sredstvo za kontrolo lastnega in tujega vedenja (10).

Eden od osnovnih pristopov k proučevanju jezika je raziskovanje lastnosti človekovih medosebnih odnosov. Proučujemo lahko tudi z vidika socialne ali egocentrične vloge govora; saj gre pri komunikaciji za izmenjavo vsebin med ljudmi, ki poteka prvenstveno prek jezika in je mogoča takrat, ko imajo posamezniki enaka spoznanja, potrebe in opredelitve (10).

2.2 Značilnosti komuniciranja in komunikacije

Komunikacija je proces, ki se razvija in raste na podlagi nenehnega samoopazovanja, učenja ter poklicne in osebne rasti v medosebnih odnosih (1).

Komuniciranje je pomemben družben proces in družbena praksa, sistem družbeno pomenljivega delovanja ljudi, ki ima tako svoje zunanje kot notranje smotre. Zunanji smotri komuniciranja so različni: prenos sporočil med ljudmi, vzpostavljanje in ohranjanje socialnih razmerij in odnosov, usklajevanje delovanja ljudi med seboj. Notranji smotri komuniciranja so: ustrezno izražanje komunikacijskih namer, uspešno sporazumevanje, konstrukcija in reprodukcija simbolnih gest in pomenljivih znakov oziroma simbolov (6).

Če želimo proučevati komunikacijo, moramo komunicirati. Nekateri teoretiki celo mislijo, da smo ljudje biološko prisiljeni komunicirati in da je osnovna človeška biološka potreba, da sprejema in daje informacije (10).

Procesi komuniciranja predstavljajo eno izmed osnovnih in, ob strokovnih, hkrati najpomembnejših dejavnosti na področju zdravstvene nege, saj omogočajo obstoj in razvoj

stroke ter sobivanje delavcev tega področja z drugimi ljudmi, s katerimi stopajo v odnose. V tovrstne procese je medicinska sestra vpletena v vsakodnevnem individualnem intimnem delu svojega življenja pa (tudi in predvsem) v procesih dela zdravstvene nege v najširšem pomenu besede (11).

Cilj učenja komunikacije je stalno izpopolnjevanje svoje lastne komunikacije. Znati komunicirati pomeni svojo lastno komunikacijo prilagoditi konkretni situaciji, konkretnemu partnerju, konkretnim ciljem, vse to seveda v kontekstu temeljnih etičnih načel (5).

2.3 Pravila dobre komunikacije

Osnovna komunikološka formula uspeha in štiri zlata pravila komunikologije so: *bodite prožni, bodite spretni, spoštujte sogovornika, sebe in preplet okoliščin ter delujte kot del delovne skupine* (10).

2.3.1 Prožnost in izbira vedenja

Osnovno pravilo komunikologije poudarja, da ima človek pravico, znanje in sposobnost, da sam izbira načine svojega vedenja. Bandler (10) trdi, da je pri zgolj eni možnosti izbire načina vedenja človek robot, če ima na izbiro samo en način vedenja, če ima dva, postane razdvojen, če pa ima vsaj tri, je svoboden.

Eden osnovnih problemov psihologije je raziskovanje človekove osebnosti in njene svobode. Zgradbo, dinamiko in razvoj osebnosti opisujejo različne teoretične smeri. Sistemska definicija osebnosti pravi, da je osebnost specifičen dinamični sistem v interakciji, ki je nastajal z družinsko evolucijo posameznika. Razvijal se je v značilnem komunikacijskem okolju, določenim z realnostjo odnosov v družini. Vsebinsko so določali mnogi kulturni in metasistemiški obrazci družbe, v kateri je ta družina obstajala. Na oblikovanje osebnosti so

vplivali biološki, socialni, osebnostni in spiritualni dejavniki. Osebnost je celosten, organiziran, determiniran razvojni sistem. Osnovne značilnosti osebnosti, od katerih je odvisna prožnost, pa so (10): *celovitost, izoliranost, urejenost, trdnost, odprtost, celostnost (integriteta), razvojnost (evolutivnost), avtonomnost*.

2.3.2 Spretnosti

Spretnosti in umetnost komuniciranja sta si blizu. Število »rojenih« dobrih govorcev je zelo majhno. Vsi drugi so se komuniciranja naučili, tako kot so se npr. naučili hoditi. Da bi postali dober govorec, je potrebno vaditi (12).

Gorše Muhič (8) opisuje, da je temeljna značilnost uspešnega neposrednega komunikacijskega odnosa povezanost in usklajenost besednega in nebesednega sporazumevanja. Obe obliki sporazumevanja sestavljata celoto in se praviloma dopolnjujeta. Če nista usklajeni, je informacija nejasna, njena sporočilna vrednost je majhna, zato povzroča negotovost (8).

2.3.3 Spoštovanje

Neodtujljiva, brezpogojna, z rojstvom pridobljena pravica je, da ravnamo s človekom kot z bitjem, ki ima dostojanstvo.

V profesionalni komunikaciji mora medicinska sestra poleg znanja in teorije zdravstvene nege poznati samo sebe. Razumevanje sebe in skladnost lastnega doživljanja z doživljanji drugih sta namreč osnova za uspešno interakcijo. Učenje in razmišljanje o samopodobi omogoča medicinski sestri ustreznejše ravnanje in prilagodljivost pri odzivanju na zahteve ljudi, s katerimi prihaja v stik (12).

Večkrat mora medicinska sestra skrbeti za varovanja, katerega vrednote in življenjski cilji so neobičajni, včasih celo moteni. Če se varovanec in medicinska sestra ne strinjata glede

ciljev, vendar je njun odnos spoštljiv, imata možnost spoznati razlike, hkrati pa jima daje svobodo in pravico do lastnega mnenja (5).

2.4 Vrste komunikacije

Razlikujemo nebesedno in besedno sporočanje (govor). Posebna oblika je vidno sporočanje s pisanimi besedami, slikami in drugimi nebesednimi znaki (4).

Nebesedno sporočanje je razvojno starejše od besednega. Sestavljajo ga mimika, kretnje, položaj telesa, a tudi plesi, noša, sem sodijo celo intonacija glasu in glasovno poudarjanje. Za nebesedno sporočanje je značilno, da so posamezni znaki (npr. nasmeh ali stisk pesti) praviloma večpomenski. Gledanje v oči pomeni pozornost pri prejemanju sporočil, simpatijo ali agresivnost, zato jih lahko beremo le v celoti z drugimi znaki in okolnostmi. Nebesedno sporočanje poteka praviloma spontano in nanj običajno nismo posebej pozorni. Smehljaj nam »uide« sam od sebe. Seveda pa lahko znake tudi ponarejamo v razne namene. Z nasmehom skušamo na primer povedati, da nas nekdo ali nekaj ni prizadelo. Z nebesednimi znaki izražamo predvsem čustva, v manjši meri tudi druga sporočila. Kimanje glave na primer pomeni pritrdjevanje, odkimavanje pa zavračanje. Besedno sporočanje poteka kot govor, ki je uporaba jezika v razne namene (4).

Jezik in govor sta med najpomembnejšimi dejavniki, s katerimi nadziramo in usmerjamo svoje obnašanje. Že od nekdaj ju tesno povezujemo s kognitivnim delovanjem, predvsem z mišljenjem. To pojmovanje lepo izraža trditev, da je govor izražanje misli z besedami (13).

Nebesedne komunikacije ni tako lahko jasno definirati. Knapp (7) meni, da je precej težko razdeliti človeško interakcijo v dve ločeni kategoriji, tj. besedno in nebesedno. »Besedna dimenzija je tako intimno povezana in tako fino vpletena v tisto, kar smo predhodno poimenovali nebesedna komunikacija, da ta izraz ni vedno primeren za opisovanje vedenja, ki ga proučujemo.

2.5 Neverbalna komunikacija

Večino neverbalnega odzivanja spremlja kakšna oblika verbalnega odzivanja. Neverbalne odzive bi lahko razvrstili v tri skupine: proksemična komunikacija, geste in telesna drža. Dotik in tišina sta prav tako neverbalna načina odzivanja (7).

Neverbalna sporočila so pomembna povsod tam, kjer se dela z ljudmi in kjer je od kakovosti vzpostavljenega odnosa odvisna kakovost opravljenega dela. Še posebno velja to za področje zdravstva (14).

2.5.1 Značilnosti neverbalne komunikacije

Le del našega komuniciranja z drugimi ljudmi se odvija na eksplicitni jezikovni ravni. Komuniciramo pravzaprav s celotnim telesom, na primer z gestami, z mimiko, z izrazom na obrazu. Vendar celo znotraj jezikovnega komuniciranja poznamo komuniciranje »ob jeziku«, namreč s pomočjo čustveno nabitih poudarkov, krikov ali nasprotno, s sekvencami molka med besedami. Poznamo obsežne sisteme komuniciranja s simboli, ki niso verbalne narave oziroma niso zapis verbalnih znakov. Tako na primer komuniciramo z opozorilnimi znaki, na primer s prometnimi znaki. Komuniciramo tudi s samim odnosom, oziroma s socialno situacijo. Na primer celotno vzdušje v nekem prostoru lahko opazovalcu, ki je pravkar stopil v nek prostor, pove, ali je zaželen ali ne. Skratka, področje komuniciranja je izjemno obsežno, zato so tudi vse delitve komuniciranja začasne in poljubne (6).

Raziskovanje nebesedne komunikacije je veliko mlajše kot raziskovanje besedne. Morda je ravno zaradi tega prišlo do dajanja prednosti drugi in nepravilnega odnosa do raziskovanja nebesedne komunikacije. Obstaja veliko načinov razvrščanja, kaj sodi v besedno in kaj v nebesedno področje človekove komunikacije (10).

Posameznik lahko pošlje informacijo prek neglasovnih in nebesednih sredstev, a bo prejemnik kljub temu moral uporabiti jezikovne simbole, da bo razbral pomen sporočila. Besedni simbol je lahko glasoven ali neglasoven. Glasovni izraz ni nujno simboličen. Krik, na primer, je glasoven, vendar nebeseden na refleksni sprostivni ravni. Po drugi strani pa si ga mimoidoči, ki ta krik sliši, razlaga kot glasovnega, a ima v danih okoliščinah zanj lahko pomen, ki presega pomen, ki ga ima krik za svojega nosilca. Tako si torej mimoidoči pomen, ki ga razbere v kriku in ki je posledica njegovih lastnih preteklih ali pa posrednih preteklih izkušenj, razlaga kot besedo in zanj ta krik postane tako glasoven kot tudi beseden. Dance (7) zaključí, da kadar strategije oddajnika ali pošiljatelja ne vsebujejo glasovnih ali jezikovnih sredstev, sporočilo sodi v kategorijo nebesedne komunikacije.

Nebesedne govorice ne moremo vedno obvladati. Sporočil, ki jih oddajamo v okolje z mimiko obraza, kretnjami in držo telesa, se ne zavedamo. So bolj spontana in pristna, so resnični odsev tega, kar imamo v mislih, ko smo v stiku z drugo osebo. Kaj čutimo, kako doživljamo sebe in drugo osebo, v tem smo, ko spregovorimo lahko zlagani, na laž pa nas običajno postavi prav nebesedna govorica (14).

Dejstvo je, da vsa neverbalna sporočila razumemo, ne da bi kdaj o njih posebej razmišljali. Nebesedna govorica je ljudem jasna in po izvoru mnogo bolj prvinska in nepotvorjena kot je izražanje z besedami. Kar izrazimo z besedami, običajno nadziramo in še preden spregovorimo, razmislimo, kaj bomo povedali, koliko, komu, zakaj itd (15).

2.5.2 Pogled

Splošna definicija pogleda je, da gre za posameznikovo vizualno vedenje oziroma gledanje. Cranach (7) loči različne tipe vizualnega vedenja:

- Enostranski pogled, ki je preprosto definiran kot pogled ene osebe, uprt v drugo osebo.
- Pogled v obraz pomeni, da je obraz ene osebe obrnjen v obraz druge osebe.
- Pogled v oči pomeni, da je pogled ene osebe usmerjen v oči druge osebe.

- Vzajemni pogled pomeni, da osebi, ki sta v interakciji, gledata druga drugi v obraz.
- Očesni kontakt se zgodi, ko ena oseba pozorno gleda drugi v oči in se tega pogleda oba zavedata.
- Izogibanje pogledu pomeni, da se ena oseba izogne pogledu v oči s strani druge osebe.

Nekateri očem pravijo *okna naše duše*. Številna sporočila pošiljamo in sprejemamo prek oči. Pomen, ki ga imajo oči, in sporočila, ki jih lahko razkrijejo, se kažejo tudi skozi našo vsakdanjo govorico: »Tvoje oči vse povedo.«, »Ne glej me tako.«, »Glej me v oči, ko govorim s teboj!«, »Žalostne oči imaš.«, »Prebrala mu je željo iz oči.« in podobno. Po Danzigerjevem (7) mnenju so ljudje že od nekdaj komunicirali z očmi in celo verjeli, da imajo nekateri ljudje sposobnost uročiti druge s pogledom. Ali kot je dejal Heron (7), da lahko rečemo, da smo nekoga v resnici srečali ali se z njim seznanili, mu moramo gledati v oči. Še vedno pa ni popolnoma jasno, kaj vsebuje normalen pogled. Kako dolgo naj bi gledali drugemu človeku v oči? Komu lahko gledamo v oči in komu ne? Odgovori na takšna vprašanja so kulturno pogojeni.

Oči niso samo instrument za sprejemanje sporočil. Imajo tudi samostojno komunikacijsko vlogo. Pogled je eden od najpogostejših in najbolj učinkovitih neverbalnih signalov. Vsaj v zahodnih kulturah spadajo oči k tistim simbolom, ki jim avtomatsko namenjamo posebno pozornost. Pogled je že od davnine predmet praznoverja in religiozno-magičnih prepričanj, na primer strah pred »zlim pogledom«. Dojenčki prav tako najprej začnejo reagirati na pogled drugih oseb. Ljudje so prepričani, da oči izdajajo človekovo dušo, da »oči ne lažejo«. V tem se stare ljudske modrosti motijo, ker so gibi rok in nog še bolj izdajalski (6).

Predvsem fenomenološko usmerjenim analitikom velja očesni kontakt za izrazit primer potrjevanja intersubjektivnosti. Za psihologe komuniciranja pa je najbolj zanimivo vprašanje, kakšna je vloga pogleda v socialni interakciji (6).

Kendon (7) navaja štiri funkcije pogleda:

- Reguliranje komunikacije.
- Opazovanje povratne informacije.
- Izražanje čustev.
- Komuniciranje narave medosebnih odnosov.

Pri reguliranju komunikacije je pomembno, da včasih že oči same lahko pokažejo željo po vključitvi v pogovor. Knapp (7) je o reguliranju komunikacije zapisal, da vizualno vedenje regulira komunikacijo, kadar daje signale o tem kdo je na vrsti. Vzorec očesne komunikacije med govorcem in poslušalcem je naslednji: ko govorec pride do konca svojega govora ali zaključi miselno enoto, še naprej gleda poslušalca, dokler ne kdo prevzame vloge govorca, tedaj pa lahko pogleda v stran.

Ugotovljeno je, da kadar posameznik išče povratno informacijo, ki se nanaša na reakcije drugih, opazuje te ljudi. Ravno tako če nas ljudje gledajo, ko govorimo, to ponavadi pomeni, da jih zanima, o čem govorimo (7).

Pogled igra pomembno vlogo v komuniciranju čustev. Oči izražajo predvsem dve čustveni stanji: strah in presenečenje. Strm pogled ne govori le o razburjenju osebe, ki tako zre, ampak izziva tudi razburjenje pri osebi, ki je predmet pogleda. Razširjene zenice pri drugi osebi delujejo vznemirljivo, privlačno. Lahko so znak prestrašenosti ali razburjenosti. Naš pogled se spreminja tudi, če zremo na ljudi in objekte v okolici z dobro voljo ali zlovoljno. Če jih gledamo z dobro voljo, imamo oči bolj odprte kot tedaj, ko smo slabe volje (6). Na področju sporočanja narave medosebnega odnosa velja splošno prepričanje, da ljudje pogosteje in dalj časa gledajo tiste ljudi, ki so jim všeč, ter manj tiste, ki jim niso (7).

2.5.3 Telesna drža in geste

Če bi dejali, da se večina komunikacije ne dogaja prek govora, bi imeli prav. Takega mnenja je bil tudi Freud, ki ga citirata Ekman in Friesen (7): *»Kdor ima oči, ki vidijo, in*

ušesa, ki slišijo, se lahko prepriča, da noben smrtnik ne zna zadržati skrivnosti zase. Če so njegova usta nema, blebeta s prsti; izdajstvo pronica iz vsake njegove pore.» Kadar oči ne izdajo igre, jo izda obraz, kadar je obraz ne, pa jo zagotovo telo preko gest in telesne drže. Ne moremo se – na tak ali drugačen način – izogniti odkrivanju samega sebe svetu, ki nas obkroža. Tudi če iz naših ust ne pride niti beseda, smo še vedno lahko slišani. Naš obstoj sam po sebi govori svoj jezik (7).

Telo ne laže. Lahko sicer prenehamo govoriti verbalno, vendar nikoli ne prenehamo govoriti s telesom. Neverbalna govorica se zazna precej hitreje od govornega signala. Ni pa je vedno enostavno zaznavati, ker navadno prihaja do sprejemnika skupaj z govornima signali. Kljub nevarnosti, da pacientove telesne signale napačno razumemo, so ti za medicinsko sestro zelo pomembni. Dejstvo je, da je telesna govorica manj odvisna od situacije kot besedna in manj nadzorovana, zato je pristnejša, pomenljivejša in enopomenska. Skupaj s simbolno govorico stalno nastopa tudi pri zdravstveni negi. Pacientu z njo dajemo signale, enako kot jih on daje nam (16).

Med najbolj znanimi oblikami telesnega jezika so geste. Geste imajo tudi najobsežnejši in najbolj jasen in določljiv slovar neverbalne govorice. Nekatere geste so prav neposredni prevodi besednih izrazov. Geste so močno kulturno določene. Vsaka kulturno zaokrožena skupnost ima svoj specifični repertoar gest (6).

2.5.4 Telesni stik in dotik

Medsebojno dotikanje ljudi sodi v prvih letih otrokovega življenja med najpomembnejše neverbalne signale in zajema velik del odnosov med starši in otroci v zgodnjem otroštvu. Vendar pa pri odraslih ljudeh veljajo v vsaki kulturi stroga in zapletena pravila o tem, kdo se lahko dotakne drugega, kje, kdaj in kako se ga lahko dotakne. Dotiki sodijo med najbolj dvoumne oblike neverbalnih sporočil. Njihov pomen je močno odvisen od narave odnosov med osebami, od starosti, spola, od situacije (6).

Dotiku bi bilo potrebno nasploh posvetiti več pozornosti. V človeškem izrazju je dotik čustven stik z drugim človekom. Že leta 1988 je Lowen (3) trdil, da pomeni »dotakniti se pacienta« pravzaprav to, da smo v njem sprožili neko čustvo. Dotikanje je vedenje, ki se ga je treba naučiti. Izkušnja dotika, pozitivna ali negativna je odvisna od namena pobudnika in pa namena, o katerem sklepa obdarovanec.

Dotiki pogosto signalizirajo statusne razlike med ljudmi. Tako na primer profesionalni odnosi, formalni odnosi ne dopuščajo veliko dotikanja, omejeni so na ritualno dotikanje ob pozdravih, ki slonijo na normah vljudnosti. Obenem pa ravno nekateri profesionalni odnosi zahtevajo in dopuščajo izjemno intimno obliko dotikanj, ki je ponavadi prihranjena za intimne odnose. Zdravniki ali frizerji se nas na primer lahko dotikajo tam in tako, kjer in kot se nas drugi ljudje na smejo (17).

Jones in Yarbrough (7) navajata nekaj različnih tipov dotika:

- Pozitivni afekt, kar vključuje kazanje naklonjenosti, hvaležnosti, vključenosti, ter dotike pri spolnosti.
- Ritualni dotiki, vključuje vse rutinske dotike, s katerimi se vključujemo v družabna razmerja; na primer pozdravljanje in poslavljanje.
- Povezani z nalogo/zadolžitvijo, kadar delamo v bližini nekoga drugega, npr. Zdravstvena oskrba, fizioterapija, radioterapija, zobozdravstvo in medicina nasploh, kjer je dotik eno najpomembnejših sredstev podpore in komunikacije.
- Igriv, kadar se nekdo zabava.
- Nadzor, ki je očiten pri popuščanju; npr. Z držanjem nekemu fizično onemogočimo, da bi sebi ali drugim storil kaj žalega.
- Naključni, ki mu ponavadi sledi opravičilo.

Terapevtski dotik

Posebna oblika neverbalne komunikacije je dotik. Pri tem moramo upoštevati, da je za nekatere ljudi lahko dotik moteč. V večini pa zelo blagodejno vpliva. Varovanca oziroma pacienta lahko nasmeh, stisk roke ali rahlo gladenje po roki ali čelu pomiri, mu da novih moči za borbo proti bolezni. Medicinska sestra naj se zaveda ugodnosti tega učinka in naj ga uporablja, kadar ugotovi, da je to primerno. Včasih je to edino, kar še lahko stori za pacienta (18).

Dotikanje lahko v življenju ustvari sigurnost, smisel in potrjevanje. Nekateri pacienti so zelo hvaležni če dobijo podporo z dotikom, posebej takrat, ko jim je zelo hudo. Različne raziskave so pokazale, da dotiki lahko privedejo do hitrejšega približevanja medicinskih sester z pacienti. To posebej velja za težko bolne, umirajoče in za starostnike z oslabljenimi čutili. Ko so sposobnosti komunikacije zmanjšane, kot na primer pri starostnikih z oslabljenim sluhom, demenco, ali ko se počutijo nemirni je naravno uporabljati dotik v času razgovora. Na vprašanje, kdaj se poslužujemo dotikanja, je nemogoče jasno odgovoriti, saj je to odvisno od posameznega pacienta. Če je pacient zmeden, neorientiran in mu misli in pogled odtavajo, lahko roka medicinske sestre na njegovem ramenu pomaga obdržati kontakt z njim (19).

Pacienti, ki so občutljivi na bližino, lahko že bežen dotik občutijo kot vdor v njihovo zasebnost ali pa kot povabilo k intimnosti. Po drugi strani pa je lahko nevsiljiv, nežen dotik pacienta pri zdravstveni negi večkrat pozitiven, zmanjša strah in napetost, pomirja in vpliva na zaupanje (8).

Na splošno lahko na vsak dotik, ki spodbuja rast in razvoj pacienta/varovanca, gledamo kot na terapevtskega. V Heslinovi delitvi (7) bi ga lahko uvrstili na raven funkcionalnega ali strokovnega dotika. Uporaba terapevtskega dotika na področju zdravstvene oskrbe povzroči kvalitativno razliko, saj v vlogo človeka, ki pomaga, vnaša človeško noto. V Aguilerovi študiji so zdravstveni tehniki na psihiatričnem oddelku uporabljali enostavne, a primerne geste dotika, medtem ko so besedno komunicirali s pacienti. Rezultat je bila

večbesedna komunikacija s strani pacientov po približno osmih dneh take interakcije. Seveda pa je treba biti previden, kajti terapijski dotik je, tako kot nekatere druge oblike nebesedne komunikacije, v različnih kulturah različno definiran. To pa lahko pomeni, da dotik, ki v neki kulturi deluje terapijsko, v drugi deluje prav nasprotno.

Dotik je čut, s pomočjo katerega se lahko zavedamo sveta okoli sebe. Z njim lahko okolju oddajamo in iz njega sprejemamo različne informacije, občutke. Vsako človeško bitje v vseh kulturah sporoča preko dotika povezanost, simpatijo, toplino. Dotik je izjemnega pomena za človekov normalni razvoj. Telesni dotik v veliki meri oblikuje človekovo osebnost (20).

Potrebna je previdnost, saj lahko dotiki signalizirajo dominantnost. Otroci, pacienti, podrejeni so večkrat objekt dotikanja, vendar sami dotika ne morejo enako »vračati«. V tem nesorazmerju je verjetno nezavedna sled »lastninskega odnosa« drugih oseb do njih, ki so »objekt skrbi ali nadzora« (6). Dotikanje se lahko tudi zlorabi, v smislu strategije nadvlade in moči, kar pomeni da se medicinska sestra postavi v pozicijo od zgoraj navzdol, obnaša se kot avtoriteta (paternalistično) in pokroviteljsko. To pomeni grobo kršenje etičnih pravil medicinskih sester in se ne bi smelo zgoditi (19).

Če hočemo resnično doseči terapijski učinek, moramo uporabiti dotik ob pravem času, na pravem mestu in na pravi način. Kot pravi Lowen leta 1988, mora biti dotik topel, prijateljski, zbuja mora zaupanje in biti mora osvobojen kakršnegakoli osebnega nagnenja. Dotik ni terapijski, če je prisiljen ali pa povezan z negativnimi impulzi (3).

Mnogi ostareli občutijo upadanje večine senzoričnih sposobnosti; potreba po dotiku pa s starostjo ne pojenjuje in se običajno okrepi v času stresa in med boleznijo. Čim bolj je okolje stresno, tem pomembnejši postaja človeški stik. Ostareli po sprejetju v zdravstvene ustanove prepuščajo svoje odgovornosti in odločitve drugim. To pospešuje regresijo in pootročenje; pojavi se silna potreba po človeškem stiku, ki pa ni zadovoljena (3). Naklonjenost do ostarelih se običajno ne razodeva z objemanjem, božanjem in poljubljanjem, torej je za ostarele manj priložnosti, da se jih kdo dotakne. Ljudje, ki so v

preteklosti ostarelim nudili to, so že umrli in dejstvo je, da se zelo starih ljudi nihče ne dotakne, čeprav si po večini to želijo.

Pacient, ki drži in gladi neživ predmet, neverbalno prosi, da bi se ga kdo dotaknil. Stari ljudje uporabljajo v te namen še mnoge druge strategije. Zgodi se, da je motiv za to spolne narave; toda bolj pogosto je želja po dotiku z drugim človekom. Telesni stik nudi namreč pacientu občutek, da je ljubljen, varovan in da sprejema tolažbo. Zato naj bo za tistega, ki pacienta neguje, dragocen pripomoček za nudenje pomoči in učinkovit način sporočanja pacientu, da skrbi in se zanima zanj (3).

2.6 Komunikacija s starostniki in umirajočimi

Za uspešno komuniciranje s starostniki je potrebno poznavanje teorije o komunikaciji, dobro poznavanje starejših ljudi z upoštevanjem individualnih razlik in sposobnost za vzpostavljanje pristnih odnosov. Bistvena naloga medicinske sestre pri delu s starostniki je ustvarjanje pozitivnega odnosa, ki je usmerjen k ustvarjalnemu reševanju težav in problemov in pravočasnemu in odgovornemu odzivanju na starostnikove probleme (12).

Vedno, kadar medicinska sestra govori s starostnikom se med njima ustvari medčloveški odnos, ki je posebej pomemben. Izrečene besede lahko pri starostniku vzbudijo pozitivne, negativne ali nevtralne predstave, čustvene povezave in pomene. Bolan starostnik včasih ne potrebuje drugega kot topel pogled, pomirjajoč dotik ali samo razumevajočo besedo (19). Tudi če je starejši pacient umsko, duševno in tudi telesno prizadet, moramo razpravljati z njim spoštljivo in posebno paziti, da ne zabredemo v zlagano domačnost, ki se na žalost prepogosto pojavlja v zdravstvenih ustanovah, kadar ima ta ali oni zdravstveni delavec opraviti s starejšim pacientom (21).

Zavedati se moramo, da starostniki so in bodo vse bolj prisotni v vseh ravneh zdravstva in življenja nasploh. Potrebno bo vzpostaviti komunikacijo, osvetliti potrebe in spremeniti odnos do starostnikov. Problemi, s katerimi se srečujemo, nas silijo v razmišljanje in po-

stavljajo nove dimenzije našega delovanja. Komunikacija med ljudmi nasploh, torej tudi med starostniki, je socialna kategorija, kar je potrebno pri delu z njimi še posebej upoštevati. Pogosto se umaknejo pred ljudmi zaradi lastnih občutkov, osebnostnih lastnosti, posebnih navad, čustvenih motenj ali zaradi druge patologije. Poznavanje specifičnosti problema komunikacije nam olajša delo in vsakodnevne stike s starostnikom. Za razumevanje njegovega vedenja moramo biti strpni in odprti za drugačnost. Posebno pozorni moramo biti pri starostnikih z dementnim procesom. Značilnosti le-teh pogosto predstavljajo vzrok konfliktov (12).

Komunikacijo zato razumemo kot osnovno dimenzijo delovanja medicinske sestre in vitalno aktivnost, potrebno za stik z pacientom. Medicinska sestra prek komunikacije posreduje informacije, pomaga pacientu izražati občutke in duševne reakcije na bolezen ter mu pomaga pri zadovoljevanju njegovih potreb (12).

Dobra komunikacija je še prav posebno pomembna takrat, ko je človek bolan in umira. Pomembna je tako za umirajočega kot tudi za njegove svojce in za vse, ki ga spremljajo. Tu prihajajo še bolj kot sicer v življenju do izraza vse oblike človeške komunikacije: besedna (direktna in simbolična) in nebesedna (pogled, dotik, nasmeh...) (11).

Komunikacija z umirajočimi je nekoliko drugačna od tiste, ki smo je običajno navajeni. Tu je manj poudarka na pogovoru, ko z besedami jasno povemo, kaj hočemo, in pričakujemo jasen odgovor. Pacient se pogosto izraža simbolično. Lahko se zgodi, da pacient z izražanjem simbolike preverja, ali njegov spremljevalec razume takšno sporočilo. Če pri njem čuti razumevanje, ve, da s tem človekom lahko pogovor nadaljuje. Če tega razumevanja ne čuti, se mu ne zdi vredno izgubljati energije za pogovor s tem človekom. Pacienti neradi govorijo o svojih stiskah naravnost, zato moramo v vsem pripovedovanju začutiti vsebino, ki se skriva za besedami (11).

Zelo težko je, če ne najtežje, kot navaja Faul (19) komunicirati z neozdravljivo bolnimi in umirajočimi starostniki. Potrebno je ohraniti vso humanost, upoštevati vsa etična načela in ravnati tako, da starostniku ne vzamemo upanja, istočasno pa ga ne zavajamo z lažnimi vzpodbudami. Tega se je potrebno naučiti in kot pravi Brajša (19) je komunikacija bolj

življenjsko pomembna spretnost za vsakogar, zato se je potrebno nenehno učiti in se je tudi naučiti. Za vse spremljevalce umirajočih naj velja načelo: ob umirajočem se je treba vesti tako, da kot da vse sliši in vidi. Ni primerno, če se ljudje ob umirajočem, tudi če je v komi, pogovarjajo o stvareh, ki ne sodijo tja. Vsaka komunikacija s hudo bolnim in umirajočim je pot v neznano. Nobenih receptov ni, vedno znova si začetnik, vedno znova je treba presoditi, kaj storiti, kaj reči. Zato ni čudno, da se ljudje na splošno bojijo te komunikacije (11).

Točno poznavanje posamezne stopnje oziroma reakcije umiranja zahteva sposobnost vživljanja (empatije) in izkušnost. Klevišar (11) pravi, da umirajoči potrebuje predvsem to, da ni sam in da ga ne boli. Želi si tudi dobre nege, to, da se z njim do konca ravna človeško in dostojanstveno. Potrebuje ob sebi človeka, ki z njim upa, ki je z njim odkrit in mu omogoči, da lahko spregovori o sebi (11).

2.6.1 Terapevtska komunikacija in terapevtski odnos

Vsaka stroka zahteva svoje specifične metode komuniciranja. Tako je v zdravstvu uporabljena metoda komuniciranja, ki jo lahko poimenujemo terapevtsko komuniciranje. Ta izraz lahko uporabljamo tudi v zvezi s komuniciranjem v procesu zdravstvene nege (18).

Medicinska sestra mora obvladati različne komunikacijske tehnike, da lahko gre v varovančevo okolje in vzpostavi terapevtski odnos. S terapevtsko komunikacijo medicinska sestra zaznava in upošteva varovančevo edinstvenost in nanjo reagira. Medicinska sestra, ki komunicira učinkovito z ostarelim varovancem, bo sprejeta kot nekdo, ki z njim deli resnično skrb za njegovo dobro počutje (3).

Za vzpostavitev dobre, pozitivne komunikacije, v kateri bo varovanec lahko prosto in brez zadržkov izražal vse svoje potrebe, je potrebno varovančevo zaupanje v zdravstvene delavce oziroma v medicinsko sestro, če gre za področje zdravstvene nege (18).

Carl Rogers (3), je intenzivno preučeval terapevtski odnos. Postavil je teorijo, da v odnosu ni bistveno, kaj nekdo stori, ampak kako to stori. Določil je tri osnovne dejavnike, odločilne za odnos, ki temelji na pomoči:

- Tisti, ki pomaga mora biti odkrit in izobražen.
- Pokazati mora empatijo.
- Tisti, ki pomoč sprejema, se mora čutiti sproščenega v tem odnosu.

Pri vzpostavitvi, utrditvi in uveljavitvi terapevtskega odnosa z ostarelimi pacienti je izjemno dragocen humor. S humorjem medicinska sestra ustvari terapevtsko okolje, kjer se čutijo pacienti varne, sprejete in negovane, ter daje vedeti, da soodločajo o zdravstveni negi. Toda humorja naj bi ne uporabljali, kadar je pacientov strah zelo velik, zgolj zato, da se izognemo pogovoru o pomembnih čustvih, in ne v primeru, ko je pacient zmeden (3).

Pogosto medicinska sestra samo sedi ob starostniku, je tiho in ga posluša. Tišina je morda največji izziv v komunikaciji s starostnikom. Tišina v razgovoru pomeni kot premor v glasbenem delu, saj ustvarja napetost in pričakovanja. Ko starostnik nekaj razlaga, ga aktivno posluša, saj se v tišini pogosto pričakuje, da je nečemu potrebno slediti. Medicinska sestra tiho in neverbalno izraža (rahlo prikimavanje, nasmešek, prijazen pogled, držanje za roko) da posluša starostnika, pri tem ga ne usmerja in pogovora ne vodi (19).

V vseh situacijah mora medicinska sestra vedno najti primeren način komuniciranja. S tem želi doseči varovančevo informiranost o svojem stanju, o možnostih za zadovoljevanje njegovih potreb in aktivnosti in s tem zmanjševanje občutka strahu in negotovosti. Poglobilo se bo varovančevo zaupanje, saj bo ta čutil in spoznal, da ga medicinska sestra obravnava kot osebnost in mu želi pomagati v njegovem boju za ohranitev ali vrnitev zdravja. Tako bo prav varovančevo zaupanje medicinski sestri omogočilo, da bo z njim vzpostavila pozitiven, dober, sproščen odnos, ki ji bo pripomogel k zbiranju podatkov in informacij za individualni načrt zdravstvene nege (18).

Tisto, kar je pomembno pri komunikaciji z pacientom glede zavedanja in razumevanja prognoze njegove bolezni je prisluhniti, spoznati, spoštovati njegovo individualnost in ji slediti. Izjemno pomembno je, da razumemo, kaj določen pacient potrebuje od nas v do-

ločenem trenutku. Da bi to zmogli, pa potrebujemo tudi dober stik sami s seboj, s svojim doživljanjem, s svojimi pogledi nase, na druge in svet (22).

Hudo bolni in umirajoči nas učijo odnosov. Ob njih moramo sneti svoje maske, poklicne, vpljudnostne in druge. Ostajamo samo še ljudje in do izraza prihaja pristnost odnosa, važno je, koliko si kot človek pripravljen biti toplo človeški v tem odnosu (23).

V nasprotju z vsakodnevnimi socialnimi odnosi je terapevtski odnos specifično usmerjeno in ciljano vedenje. Osrediščeno je na pacienta, vzajemno pa definirano tako s strani pacienta kot medicinske sestre (1).

2.7 Emocionalni in etični vidik komunikacije

Naša komunikacija z drugo osebo nikoli ne poteka le na kognitivnem nivoju (ne gre le za brezosebno izmenjavo informacij, navodil, ocen, odločitev), pač pa ima sleherni stik še emocionalni in etični vidik, zato prihaja v odnosih med ljudmi do nesporazumov različnih vrst. Večina ljudi se slabo zaveda tenzij, ki jih sprožajo različna odrinjena čustva, civiliziran svet ponuja malo možnosti za pristno in odprto komunikacijo, s pomočjo katere bi se posameznik lahko osvobodil različnih občutij prikrajšanosti, krivice, užaljenosti in jeze. Posledice so, da se zajezena tenzija preliva na neprava mesta, na neprave ljudi in ob nepravem času. Medicinska sestra ali pa zdravnik, ki sama sebe ne poznata ali se nista pripravljena spoznati, bosta ves nezavedni, nepredelani material lastnih nakopičenih nezadovoljstev, vnašala v stik z drugimi ljudmi. Njuno ravnanje bo določalo vse »neizrečeno« iz otroštva, dopolnjeno s tem, kar se sproti nabira v stiku z drugimi. Kolikor slabša bo ozaveščenost, tem hujša bo projekcija (15).

Samopodobo označujejo vloge, ki jih imamo v življenju, v medsebojnih odnosih z drugimi ljudmi. Izražajo se v socialnih in delovnih situacijah. Ko smo skladni v našem doživljanju z doživljanji drugih, smo zadovoljni, v nasprotnem primeru smo v stiski. Razumevanje sebe in dialog s seboj je osnova za uspešno interakcijo z drugimi. Učenje in razmišljanje o

samopodobi omogoča medicinski sestri večjo fleksibilnost in ustreznost v odgovorih na druge ljudi (1).

Kakovost, globino in učinkovitost odnosa med pacientom in spremljevalcem dosežemo tako, da ne stojimo pred pacientom samo kot nosilci neke vloge, na primer zdravnik, medicinska sestra, ampak začnemo razmerje kot individualna oseba z imenom, kot človek. Le tako je lahko ustvarjen notranji prostor, odprta so vrata za zdravilni pogovor, in pacient ve, kar bi rad vedel: Kakšen je človek, ki ga ima pred seboj. Šele tako zraste izkustvo, ki ga za zdravljenje ali za obvladovanje svoje stiske tako zelo potrebuje: da je sprejet, da se lahko odpre in razodene, da je kot človek razumljen (11).

Hudo bolni in umirajoči nas učijo komunicirati. V komunikaciji z njimi moramo biti pozorni na govorico celega človeka, na drobna znamenja, ki jih mnogi niti ne opazijo ali pa se jim ne zdijo pomembna, na vsako besedo, na ton glasu itd. Spremljanje hudo bolnih in umirajočih je največja šola komunikacije, ki se je ne da osvojiti z nobeno teorijo. Treba jo je doživeti in potem tudi v komunikaciji z vsemi drugimi ljudmi marsikaj drugače dojamemo (23).

Upoštevanje dostojanstva pacienta in sebe, empatijo za pacientove probleme »tukaj in sedaj«, negovanje-individualna sestrsko intervencija in avtentičnost v razgovoru so procesi, nanizani vzdolž vseh komunikacijskih odzivov (1).

2.8 Empatija

Empatija je psihološka sposobnost zaznavanja čustev druge osebe, ne da bi s tem podal svoje, ki je tudi združljiva s teorijo uma. Lahko bi se opisala kot čustvena verzija telepatije. Pogosto je opisana kot sposobnost poistovetenja z drugo osebo, pri čemer lahko tako empat (oseba sposobna vživljanja) predvidi čustva ali misli te osebe. Empatija se lahko tako opiše tudi kot čustvena resonanca. Pri empatiji ne gre za neposredno branje misli, temveč zaznavanje čustev in predvidevanje misli. Empatija je skoraj vedno mogoča le z osebnim

stikom. Empatija ima tako prednosti kot slabosti. Ena od prednosti je lahko dober instinkt in ostra sposobnost komunikacije. Nekateri empati lahko celo razvijejo sposobnost zaznavanja skritih čustev druge osebe (24).

Empatija je mogoča tako na skupinski ravni kot med dvema osebama. Je sredstvo za prepoznavanje implicitnih znakov ali »čustvenih namigov«, ki bi jih sicer ne opazili, torej zelo prefinjen sistem zaznavanja, nekakšna človekova »socialna antena« (25).

Vsem psihološkim opredelitvam empatije je skupno, da poudarjajo predvsem emocionalni odziv opazovalca, ki ni le razumevanje čustvenega doživljanja drugega, temveč vključuje tudi opazovalčevo afektivno doživljanje. Proces empatije je po teh pojmovanjih razmeroma primitiven, avtomatičen in pomeni prehodno zabrisanje mej med subjektom in objektom. Nastane s pomočjo kinestičnih in drugih občutkov oziroma mehanizma identifikacije. Značilna je skladnost med emocionalnim stanjem subjekta in opazovane osebe ali objekta (2).

2.8.1 Empatija kot oblika komunikacije

V kontekstu zdravljenja/terapije se empatijo smatra, ko pacient razume verbalne in neverbalne komponente, ki jih izraža zdravstveno osebje. Rogers (26) je empatijo označil, kot terapevtovo zaznavanje pacientovega notranjega doživljanja in odgovoru na le-to. Je trajna medosebna naravnost terapevtovega zaznavanja in odgovora na zasebno stanje pacienta, ki je ključnega pomena za proces zdravljenja in spreminjanja.

Z empatično komunikacijo medicinska sestra omogoči pacientu, da prepozna svoje občutke. Razumevanje mobilizira energijo za spopadanje s čustvi in olajšuje reševanje problemov (2).

Za empatično komuniciranje ni nobenih receptov; niti na sploh, niti v posebnem primeru medicinska sestra – pacient. Medicinska sestra sama je recept. Le kdor hoče tržiti svoje storitve, uporablja posebna pravila in mehanizme prepričevanja in vplivanja. A zdravstvo

naj ne bi tržilo, še najmanj zdravja. Le empatično komuniciranje nudi pacientom možnost za delni nadzor nad zdravstvenimi storitvami in odločitvami. Samo takšno komuniciranje v odnosu medicinska sestra – pacient preprečljivo aktualizira čustvene, mentalne in duhovne komponente zdravlilnega procesa in jim odpira prostor. Bistvena značilnost empatičnega komuniciranja je, da spoštuje avtonomijo in dostojanstvo pacienta, predvsem pa pacientovo samodefinicijo in samopodobo (27).

2.8.2 Altruizem

Altruizem je nesebična pomoč drugim osebam, vedenje je namerno in dajalec ne pričakuje nagrade. Po nekaterih teorijah naj bi bil tudi altruizem dedno pogojen in pogostejši med sorodniki kot med tujci. Še bolj pa je pomembno socialno učenje, zlasti učenje s posnemanjem modelov. Družina in šola lahko spodbujata tako agresivno kot altruistično vedenje (4).

Poučevanja so pokazala, da je altruizem odvisen od mnogih osebnostnih in družbenih dejavnikov, npr. od posameznikovih vrednot, celo od velikosti skupine, kateri se daje pomoč posamezniku. Skupina spodbuja ali zavira altruistična dejanja, nenavadno pa je, da je posameznik pod nekaterimi pogoji prej voljan pomagati človeku v stiski, kadar je sam, kot kadar so v bližini drugi ljudje. Znani so primeri napada na sprehajalca v prisotnosti drugih ljudi, ki niso hoteli pomagati (4).

2.8.3 Vloga empatije pri altruističnem vedenju

Eden od najmočnejših pogojev altruističnega vedenja je empatija. Kadar posameznik, ki opazuje drugega človeka v stiski, doživlja podobno stanje, začuti potrebo, da mu pomaga. Vživljamo se ne samo v čustva, ampak tudi v druge psihične procese in stanja, npr. želje,

interese in stališča. Za razvoj empatije sta nadvse pomembni družinska vzgoja, družinski modeli in identifikacija s člani družine, ki se kasneje razširi na druge ljudi (4).

Empatično komuniciranje ni niti metoda niti tehnika, ki jo uporablja zdravstveno osebje, niti se je ne moremo »lahko naučiti«. Je pa sočutje in empatičen odnos odločilna dimenzija odnosa med pacientom in zdravstvenim osebjem. Ne da se ga zanikati, potrebno ga je vedno znova aktivirati. Sočutje naravnost izključuje rutino. Ne da se biti rutinirano sočuten. Medicinska sestra je vedno na novo in na poseben način sočutna ali pa ni sočutna. Je sestavina aktivnega sočutja, ki povezuje pacienta in medicinsko sestro v skupnost usode. Ni sredstvo za cilj, ampak je samo po sebi cilj (27).

2.8.4 Empatija v medosebnih odnosih

Empatija ne rešuje le problemov, ampak nam tudi pomaga, da se počutimo bolje. Raziskave so pokazale, da so ljudje, ki so sposobni empatije, v življenju bolj zadovoljni, zdravi, ustvarjalni in manj dogmatski. Kljub vsem tem prednostim smo do empatije še vedno zadržani. Nekateri še vedno menijo, da je vživljanje v drugega, da bi ga bolje razumeli, znak šibkosti. Pa vendar je to najboljša rešitev za vse. V trenutku, ko nekdo začuti, da je razumljen, in spozna, da smo uvideli dragocenost njegovega zornega kota in upravičenost njegovih zahtev, se spremeni. Na ta način se lahko izognemo številnim zapletom (28).

Ljudje navadno iščemo družbo tistih ljudi, pri katerih vzbujamo zaželene interpretacije o sebi oziroma si želimo, da bi nas videli take, kot se vidimo sami. V nasprotnem primeru se v svoji identiteti čutimo ogrožene. To vpliva na naše vedenje in s tem tudi na odnos kot celoto, ki v primeru neskladja postane zelo zapleten in lahko tudi destruktiven. Občutek, da razumemo drugega in da drugi razume nas, nas ponavadi navdaja z zadovoljstvom. Če med dvema prevladuje medsebojno nezaupanje, pa enak občutek lahko povzroči tudi strah (29).

Empatija sploh ne vključuje nujno sočutja. Empatičen posameznik lahko zgolj razume težaven položaj druge osebe, lahko prepozna vzgibe, ki so drugo osebo vodile k določenim dejanjem, ali se z njimi sploh ne strinja, celo obratno, jih zavrača. Je osebna značilnost in sposobnost, ki usmerja naše vedenje. Sproži občutek socialne odgovornosti. Zaradi nje se ljudje odzovejo na težave drugih in so jim pripravljeni priskočiti na pomoč, zlasti če presodijo, da so jih tja privedle zunanje okoliščine (9).

V medosebnih odnosih z drugimi, še zlasti, kadar je ta medosebni odnos terapevtsko pomemben, bi se morali naučiti prepoznavati lastne emocije ter specifične načine izkrivljanja emocij drugih. *Občutljiva oseba* je tista, ki točno zaznava afektivna stanja drugih in jih interpretira brez popačenj oziroma izkrivljenj. Zmožna je povezati verbalne, neverbalne in druge znake z določenimi emocionalnimi stanji ter jih točno opisati. *Neobčutljiv človek* pa je tisti, ki bodisi ne zaznava točno emocionalnih stanj drugih ali pa jih v procesu interpretacije popači. V medosebnih odnosih je zato pomembno, da dosežemo visoko stopnjo empatije (29).

2.8.5 Stopnje in vidiki empatije

Carkhuff (30) opredeljuje pet stopenj empatije, ki so od najnižje do najvišje stopnje:

1. Nepoučenost o pacientovih občutkih in sporočilih.
2. Površinsko spoznanje pacientovih sporočil, podcenjevanje njegovih občutkov.
3. Prepoznavanje pacientovih sporočil in le nekaterih njegovih občutkov.
4. Spoznanje sporočil in očitnih občutkov.
5. Polno terapevtsko spoznanje pomena pacientovih skritih sporočil.

Empatija ima tri poglavitne vidike (9):

1. **kognitivni vidik:** ta se pojavi s trenutkom, ko se nekdo postavi v položaj drugega, ko opusti svojo pozicijo ter poskuša gledati na stvari okrog sebe s stališča drugega, torej vsaj začasno sprejme tuja gledanja.

2. **čustveni vidik:** ko čutimo z drugim človekom, podoživljamo na primer njegovo izgubo in žalost ali pa njegovo izgubo in občutek osamljenosti.
3. **etični vidik:** izhaja iz prejšnjih dveh - nastopi s trenutkom, ko nas razumevanje in podoživljanje tuje stiske privedeta do pripravljenosti nuditi drugemu oporo in pomoč.

2.9 Vloga empatije v zdravstvu

V vseh poklicih, kjer je osnovna narava dela usmerjena predvsem v delo z ljudmi, so poleg znanja in izrazite motivacije potrebne še določene osebnostne lastnosti, brez katerih pri takšnem delu ne moremo biti uspešni. Ena izmed teh lastnosti je empatija. Empatijo opredeljujemo kot vživljanje, akt projiciranja samega sebe v določen položaj, kot obliko identificiranja z nekom. Pri empatiji gre za sposobnost, ki je po svoji naravi intelektualno – emocionalna in nam omogoča, da preniknemo v psiho druge osebe, vendar se z njo ne poistovetimo (29).

Sposobnost vzpostavljanja empatičnega odnosa je najpomembnejša sposobnost osebe, ki pomaga in od katere je odvisna učinkovitost odnosa pomoči (31).

Empatije se lahko do neke mere tudi naučimo in razvijemo. Uporabna metoda je igranje realne klinične situacije in dela v skupini. Veščina – sposobnost empatije je pomembna za umetnost negovanja in jo dosežemo skozi prakso, povratno zanko, z izobraževanjem ali samoizobraževanjem (2). Empatija pomeni, da smo se sposobni vživeti v sogovornika, pokažemo, da razumemo, kako se počuti druga oseba. S tem ji vzbujamo zaupanje in izboljšamo njeno samopodobo (20).

Poklic medicinske sestre nedvomno sodi med poklice, kjer je sposobnost empatičnega odnosa zelo pomembna, saj nam le-ta omogoča delo z ljudmi. Empatija oziroma sposobnost za empatijo sta v ospredju in nam omogočata uspešno negovanje predvsem pri umirajočih pacientih, otrocih, pacientih z aidsom, duševno bolnih in rakavih pacientih in pacientih v hudih duševnih stiskah (2).

Empatijo moramo razlikovati od *simpatije*, ki pomeni, da trpimo skupaj z drugim in pritrjujemo čustvom, idejam in okusu drugega z lastnim čustvenim odzivom. To je sicer normalen, prijateljski odgovor na težave drugega, vendar je v poklicu prenaporen in lahko pri zdravstvenem osebju povzroči stanje izgorevanja (ti. *burn out syndrome*). Medicinska sestra se mora naučiti, kje so meje v čustvenem naprežanju. Pravi odziv medicinske sestre na pacientov problem je empatija, ki pomaga pacientu in za medicinsko sestro ne predstavlja neznosnega čustvenega stresa (32).

Za Rogersa (31) je empatija kot zdravilni agens, ki celo najbolj prestrašenemu in obupanemu varovancu, ki se mu zniža samospoštovanje, prinaša občutek da je razumljen. Rogers govori o tako imenovani empatični pozornosti, poslušanju, razumevanju občutkov in sprejemanju ali na kratko »biti z« varovancem. »Biti z« varovancem torej pomeni biti občutljiv za občutke, ki jih le-ta doživlja.

2.9.1 Stopnja empatije pri odzivanju medicinske sestre

Empatija olajša delovanje medicinske sestre. Klay (2) jo klasificira v pet velikih hierarhičnih kategorij: sprejemanje – odobravanje, poslušanje, razjasnjevanje in informiranje ter analiziranje. S spremljajočim vedenjem medicinska sestra pokaže, da pacienta sprejema kot osebnost zase (Preglednica 1).

Preglednica 1: Stopnja empatije v odzivanju medicinske sestre (2)

Stopnja	Kategorija	Vedenje
1.	Sprejemanje	Korektno prepoznavanje Kontakt z očmi Odprta drža Odziv na namig
2.	Poslušanje	Kimanje Smehljanje Spodbuden odziv Uporaba terapevtske tišine
3.	Razjasnjevanje	Odprta vprašanja Retestiranje problemov Validacija percepcije Poznavanje zmedenosti Zagotavljanje spoštovanja Popolni odgovori
4.	Informiranje in spoznavanje	Upoštevanje stopnje znanja pacienta Seštevanje
5.	Analiza	Identifikacija za klienta nepoznanih čustev Interpretacija prikritega Konfrontacija s konflikti

Sprejemanje – odobravanje: Medicinska sestra pozna pacientovo ime. V verbalnih in neverbalnih komunikacijah vzdržuje zavzet in odprt odnos, prav tako z gestami in obrazno mimiko ter pri tem uporablja stik z očmi.

Druga zahteva, ki omogoča empatično delovanje medicinske sestre je *poslušanje*. Tako klienta spodbuja h govorjenju. Vključuje kimanje z glavo in nasmešek, ter rabo besed, kot so: »mhm«, »vidim«, »mi poveste še enkrat« in »nadaljujte«, kar spremlja z ustreznim izrazom obraza.

Vedenje *razjasnjevanja* zahteva, da je zavzetost medicinske sestre skladna z zaskrbljenostjo pacienta. Spraševati mora z »odprtimi vprašanji«, ki razjasnjujejo percepcijo in povprašujejo po mnenju. Informativno vedenje omogoča razumevanje klientovega doživljanja.

Zadnja kategorija empatičnega vedenja je *analiza vedenja*. Ko analiziramo vedenje, šele lahko dosežemo visoko stopnjo empatije. To dosežemo v skupinskem pogovoru, kjer ima medicinska sestra možnost identifikacije nerazumevanja svojih emocij, ki jih je imela pri komunikaciji s pacientom (2).

2.9.2 Vpliv empatije na izgorevanje zdravstvenega osebja

Stalni stiki z pacienti in njihovimi svojci zahtevajo od vseh članov delovne skupine v zdravstveni ustanovi določeno občutljivost. Pri tem ni mišljena le zmožnost prepoznavanja telesnih znakov, pač pa tudi zmožnost, da v kontaktu z pacientom in njegovimi bližnjimi prepoznavamo določena besedna in nebesedna sporočila in se nanje čustveno, razumsko in vedenjsko ustrezno odzivamo. Kdor dela z bolnimi, bi naj imel določen občutek za ljudi, ki bi mu omogočal celostno dojeti pacientov položaj in se nanj tudi človeško ustrezno odzval. Prav glede čustvene kapacitete zdravstvenega osebja (sposobnost empatije, zmožnost ustreznega odzivanja v smislu razumne podpore in topline) se odpira vrsta vprašanj (14):

1. Koliko teh zmožnosti zaposleni v zdravstvu sploh prinese (kot življenjsko popotnico) iz družine svojih staršev?
2. Koliko tega, kar prinese, se ohrani med šolanjem, koliko tega študij zdravstvene nege dopušča bodočim medicinskim sestram?
3. Koliko tega, kar mu je dala družina, zaposlenemu v zdravstvu uničuje narava dela in še pogostejše slaba organizacija dela, bolj ali manj ustrezna delovna klima in medosebni odnosi?
4. Ali je naravno, da zaposleni v zdravstvu neprestano služi drugim osebam, pri tem pa mora odrivati svoje lastne potrebe in morebitne družinske težave, da bi se lahko posvetil drugi osebi in njenim stiskam.
5. Kaj je narejenega za zdravstvene delavce in njihove sodelavce, kam lahko ti odlagajo svoje stiske? Koliko se zdravstvene ustanove (in še posebej najodgovornejši člani v njej) dovetni za težave zaposlenih? Ali jim omogočajo, da svoje poklicno delo opravljajo z zadovoljstvom? Koliko in v kakšni obliki je za zaposlene v zdravstvu organizirana vzajemna pomoč in podpora?

2.9.3 Cilj empatije

Pomemben cilj empatije je prepoznavanje skritih čustev in namenov, ki se jih opazovana oseba niti sama ne zaveda. Sposobnost empatičnega odnosa ni pri vseh ljudeh enaka. Če posameznik ni sposoben empatije v odnosu z drugimi, potem to pomeni izgubo za oba. Z empatično komunikacijo medicinska sestra omogoči pacientu, da prepozna svoje občutke. Razumevanje mobilizira energijo za spopadanje s čustvi in olajšuje reševanje problemov (2).

Empatični odnos prispeva k (31):

- spoznavanju varovanca
- zbližanju z varovancem in k zaupanju
- razumevanju in kontroli zaznavanja (biti »na liniji«)
- zagotavljanju podpore v procesu pomoči
- spodbujanju sodelovanja
- osrediščanju na vsebino varovančeve izkušnje, občutkov in vedenja
- utira pot varovančevi aktivnosti.

2.9.4 Kakovost storitev v zdravstveni negi z vidika bližine, empatije in komunikacije

Komunikacija je v zdravstveni negi postala bolj aktualna z razvojem stroke, z uveljavljanjem sodobnih metod dela, ki aktivno vključujejo pacienta (8).

Raven, način in proces komuniciranja v procesu zdravstvene nege so odvisni od vseh udeležencev. V odnosu zdrav človek - bolan človek se mora prilagajati medicinska sestra. To velja za vedenje pri komunikaciji, za način govora, za obseg informacij in uporabo posameznih sredstev. Standardni negovalni cilji, ki jih pri tem zasleduje, so (16):

- vzdušje v katerem se razvija komunikacija,
- podpora in pomoč pri komunikacijskih motnjah,

- nadomestni prevzem manjkajočih funkcij v komunikacijski verigi.

Globalni cilj profesionalne komunikacije medicinske sestre z pacientom je medsebojni odnos, v katerem bo pacient brez strahu in zadržkov sporočal svoje potrebe, želje in pričakovanja. Tudi razliko med pacienti bo medicinska sestra lažje zaznala, če se bo z njimi več pogovarjala in jih predvsem bolj aktivno poslušala. S tem bo pridobila dodatne informacije, ki ji bodo v pomoč pri izvajanju zdravstvene nege, pacient pa bo imel občutek, da ni samo številka 16).

Eden izmed pogojev za ustvarjanje dobrega vzdušja za delo v zdravstveni organizaciji je dvigniti kakovost komunikacije. Ustrezna komunikacija s pacientom ima lahko izredno velik terapevtski učinek in tudi pozitiven prispevek k zdravljenju pacienta. K vzpostavitvi kakovostnega odnosa med pacientom in zdravstvom morajo prispevati vsi delavci v zdravstvenem sistemu, zlasti tisti, s katerimi se pacienti največ pogovarjajo in to so medicinske sestre (33).

Zaznavanje bolečine v obsežni zdravstveni negi

Bolečina je kompleksna človekova izkušnja. Pogosto je signal, da je z zdravjem nekaj narobe, vedno pa vpliva na pacientovo počutje in kakovost življenja (34).

Fordham in Dunn (34) menita, da medicinska sestra deluje v skupini (timu) za obravnavo bolečine in je v soodvisni vlogi. Znanje o bolečini, ki ga ima medicinska sestra, pomen bolečine za pacienta ter celostna obravnava bolečine, so elementi od katerih je odvisna kakovost obravnave pacienta, ki trpi bolečino.

Vedenjski odziv pomeni tudi nebesedno izražanje, ko se pacient umakne, je brez besed, si drgne ali tišči prizadeti del telesa, spremeni držo telesa, je sključen, spremeni mimiko obraza, pojavijo se spremljajoči simptomi bolečine kot je siljenje na bruhanje, moten vzorec spanja, motnje prehranjevanja, pri predšolskem otroku se spremeni motorika telesa in

poslabša toaletni trening. Šolar postane napadalen in izgubi kontrolo nad svojim vedenjem. Adolescent postane depresiven ali razvije obrambno vedenje (34).

Metode merjenja bolečine lahko razdelimo v dve glavni skupini (35):

- objektivno merjenje bolečine s strani druge osebe, ki temelji na patologiji in travmi ter značilnostih združenih z bolečino in
- subjektivno merjenje bolečine, ki sloni na izkušnjah posameznika.

Za Fordhama in Dunna (34) je opazovanje tehnika ali tudi spretnost ter najpomembnejši element ocenjevanja stanja pojava bolečine. Pomeni tudi sposobnost gledati in videti znake (položaj telesa, mimiko obraza, videz kože, gibljivost, vedenje), znati poslušati, slišati in razumeti (vsebino in način govora), tipati in občutiti (krč, zatrdlino) pa tudi vohati (izloček, rana itn.). Vse omenjeno se nanaša na zaznavanje s čutili (Preglednica 2).

Preglednica 2: Ocena bolečine pri pacientu, ki ne komunicira ("PAINAD lestvica") (22)

	0	1	2	Rezultat
Od vokalizacije neodvisno dihanje	Normalno	Občasno težavno dihanje. Kratke dobe hiperventilacije.	Zelo glasno dihanje. Dolge dobe hiperventilacije.	
Negativna vokalizacija	Brez	Občasno stokanje in ječanje. Tišji govor z negativnim značajem ali z nestrinjanjem.	Ponavljajoči klici na pomoč Glasno stokanje in ječanje. Jok.	
Obrazni izraz	Zmožen smejanja ali brez izraza.	Žalosten. Prestrašen. Z nagubanim čelom.	Obrazne grimase.	
Govorice telesa	Sproščena	Napeta. Neenakomerno pospeševanje. Živčnost.	Napet. Stisnjene pesti. Kolena pritegnjena k telesu. Odrivanje ali pritegovanje k sebi. Udarjanje.	
Utolažljivost	Ni potrebe.	Utolažljivost z glasom ali dotikom. Preusmerjanje pozornosti drugam.	Utolažljivost ni možna. Pozornosti ni možno speljati drugam.	
Skupaj				

Pravilo pri tem je, da medicinska sestra ne teži k temu, da opazi tisto kar pričakuje oziroma je v skladu z njeno predpostavko, ker jo to lahko zavede. Opazuje lahko od daleč s pomočjo čutil in na načine, ki jih pacient ne prepozna kot opazovanje, saj bi se lahko obnašal drugače, če bi vedel, da ga opazuje. Potrebna je tudi intuicija medicinske sestre.

3 METODE DELA

Empirični del diplomske naloge prikaže raziskavo izvedeno v Bolnišnici za zdravljenje in rehabilitacijo kroničnih pljučnih pacientov Sežana.

3.1 Namen, cilj in raziskovalno vprašanje

Namen diplomske naloge je bil opisati neverbalno komunikacijo med pacienti in medicinskimi sestrami in uporabo empatije pri medicinskih sestrah. Ker sta v praksi delo in kompetence medicinskih sester po večini usmerjene v verbalno komunikacijo, je bil cilj diplomske naloge raziskati pomembnost in opisati neverbalno komunikacijo v zdravstveni negi. Ta je zlasti pomembna pri pacientih, ki potrebujejo celotno pomoč, podporo in nadzor medicinske sestre (kategorija III in IV) in so zaradi zdravstvenega stanja omejeni tudi v komunikaciji.

V opazovanju smo ugotavljali preseganje zadolžitev medicinske sestre pri oskrbi umirajočega in njeno izražanje sprejemanja/naklonjenosti z dotiki in pogledom v oči.

Delovna hipoteza, ki smo jo postavili, se glasi: Medicinske sestre prepoznajo večino (več kot polovico) neverbalnih in verbalnih znakov/izrazov bolečine pri opazovanih pacientih.

3.2 Vzorec, populacija

V proučevani vzorec so bile vključene štiri pacientke Bolnišnice za zdravljenje in rehabilitacijo kroničnih pljučnih pacientov Sežana, ki so bile hospitalizirane dne 25.6.2011 na oddelku 300. Opazovanje je potekalo 8ur.

Izmed 53 pacientov, ki so bili na izbrani datum hospitalizirani na Oddelku 300, smo v raziskavo izbrali pacientke, pri katerih je bila njihova zmožnost verbalne komunikacije omejena, pacientke so bile po kategorizaciji zdravstvene nege vključene v 3. kategorijo in so bile nastanjene v isti sobi.

Zdravstveno osebje, ki je bilo vključeno v raziskavo, so sestavljali: dva tehnika zdravstvene nege, ena diplomirana medicinska sestra in zdravnik. To osebje je na dan opazovanja, v jutranji izmeni nudilo pomoč štirim pacientkam preiskovankam.

Raziskava je potekala v jutranji izmeni (od 7.00 do 15.00), saj se v tem časovnem razponu pri pacientih opravi največ aktivnosti zdravstvene nege in diagnostično terapevtskih posegov. V jutranji izmeni je na oddelku tudi največ zdravstvenega osebja, in sicer osem tehnikov zdravstvene nege, pet diplomiranih medicinskih sester in trije zdravniki.

3.2.1 Pripomočki

Za izvedbo opazovanja smo uporabili List opazovanja (36), ki vsebuje razpredelnico s časom (eno polje pomeni 10 minut) in subjekt opazovanja: 1.) pacient: 2.) osebje. Kategorije na razpredelnici za opazovanje aktivnosti pacientk so: *aktiven, buden miren, drema, spi, krčevit, govor boleč, boleč izraz, bledica znojenje, drugo*. Kategorije za opazovanje aktivnosti zdravstvenega osebja pa so: *opazuje, nagovarja, pripoveduje, dotik obraza, dotik rok, dotik trupa, dotik nog, en face, smeh, objem*. Pri beleženju aktivnosti zdravstvenega osebja smo v List opazovanja (36) vnašali številke 1, 2, 3 in 4, s čimer smo natančno označili člana zdravstvenega tima, ki je v določenem časovnem obdobju ob pacientki opravil določeno aktivnost (1= tehnik zdravstvene nege, 2= tehnik zdravstvene nege, 3= diplomirana medicinska sestra, 4= zdravnik).

Pri pridobivanju rezultatov smo se posluževali neposrednega opazovanja aktivnosti pacientk in aktivnosti zdravstvenega osebja, njihovega načina komunikacije in prilagajanja načina komunikacije glede na pacientova sporočila.

3.2.2 Potek raziskave

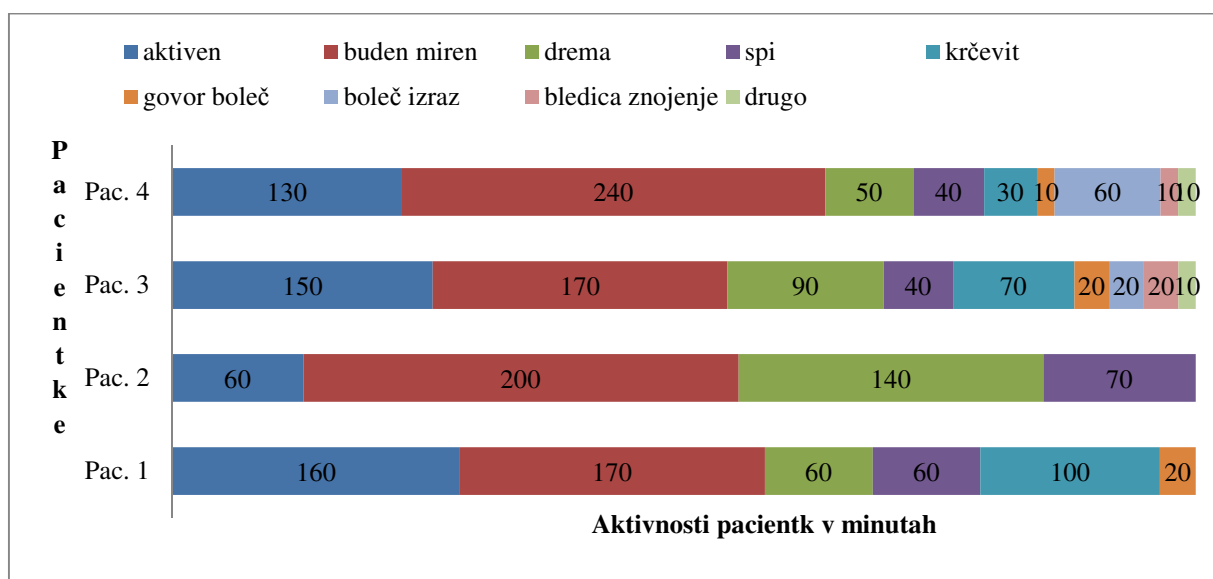
Pred izvedbo raziskave smo pridobili soglasje direktorice in glavne medicinske sestre zavoda ter svojcev pacientk.

Raziskava je bila anonimna. Bili smo v vlogi opazovalca in pridobljene podatke beležili na List opazovanja. Pridobljene podatke smo vnesli in statistično obdelali s pomočjo programa Microsoft Office Excel. Pri tem pridobljene rezultate smo ponazorili v obliki grafov.

4 REZULTATI

V tem poglavju so predstavljeni rezultati, ki smo jih pridobili z opazovanjem aktivnosti pacientk in zdravstvenega osebja. V interpretaciji grafov (slik) smo se posvetili predvsem časovnim enotam (ČE), pri katerih so pacientke izražale bolečino oz. nelagodje. Aktivnosti pacientk, ki so kazale na bolečino (nelagodje) so bile: boleč govor, krčevit, boleč izraz, bledica znojenje in aktivnost pacientke (če je bila le ta povezana z katerim od prejšnjih aktivnosti).

4.1 Aktivnost pacientk



Slika 3: Aktivnosti pacientk v času opazovanja

Slika 3 prikazuje aktivnosti pacientk v času opazovanja. Slika je razdeljena na 4 sheme, ki prikazujejo aktivnosti vseh štirih pacientk, za vsako pacientko posebej. Številke v posameznem odseku sheme, ki so različnih barv, prikazujejo aktivnosti pacientke v minutah.

Aktivnosti pacientk so: aktiven, buden miren, drema, spi, krčevit, govor boleč, boleč izraz, bledica znojenje, drugo.

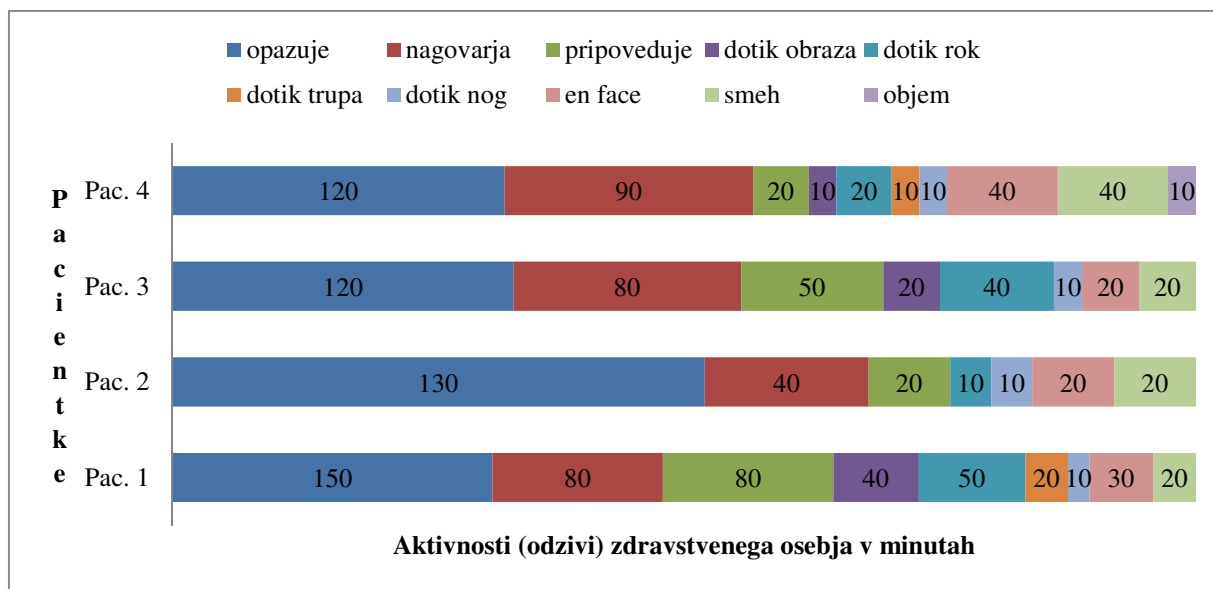
Pacientka 1. je imela boleč govor; s kratkimi stavki je povedala, da jo boli, veliko je bilo medmetov "av".

Pacientka 2. ni kazala znakov bolečine, oz. nelagodja.

Pacientka 3. je 10 min jokala, kar je prikazano pod aktivnost "drugo", imela je boleč govor (medmeti "av").

Pacientka 4. je 10 min nerazločno govorila, oz mrmrala, kar je prikazano pod aktivnost "drugo", imela je boleč govor (kratki stavki, s katerimi je izražala bolečino in medmeti "av").

4.2 Aktivnost osebja

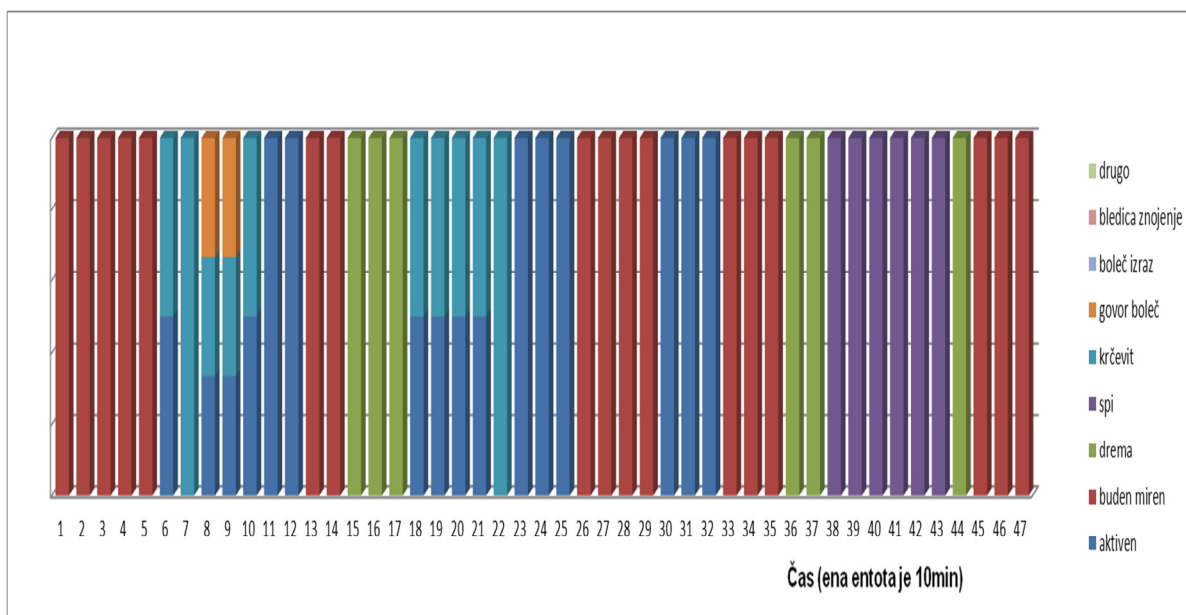


Slika 4: Aktivnosti (odzivi) zdravstvenega osebja v času opazovanja

Slika 4 prikazuje aktivnosti (odzive) zdravstvenega osebja pri štirih pacientkah v času opazovanja. Slika je razdeljena na 4 stolpce, ki nam prikazujejo aktivnosti (odzive)

zdravstvenega osebja pri vseh štirih pacientkah, za vsako pacientko posebej. Številke v posameznem odseku sheme, ki so različnih barv, prikazujejo aktivnosti (odzive) zdravstvenega osebja v minutah. Aktivnosti so prikazane z različnimi barvami in so: opazuje, nagovarja, pripoveduje, dotik obraza, dotik rok, dotik trupa, dotik nog, en face, smeh, objem

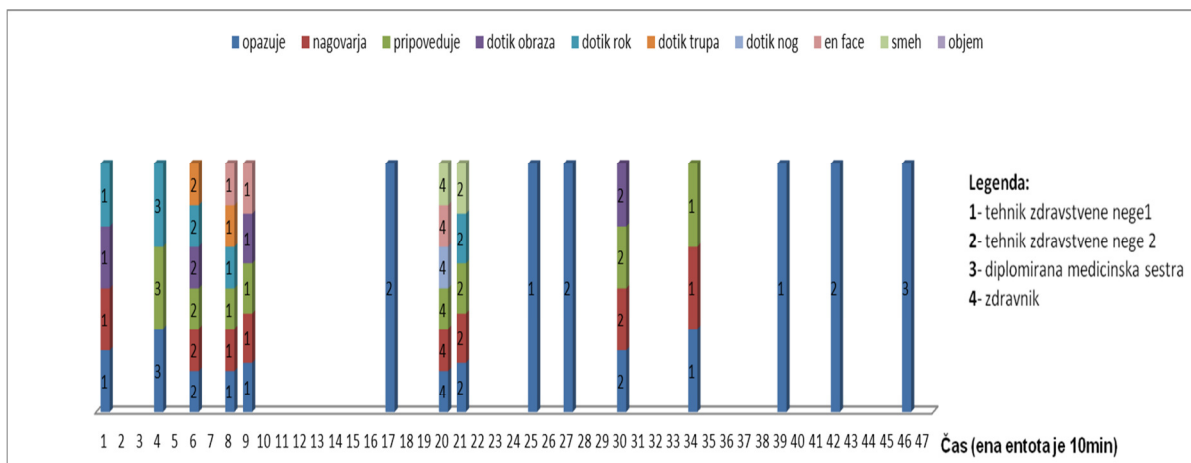
4.3 Povezovanje aktivnosti pacientk in osebja



Slika 5: Aktivnosti prve pacientke v času 8ur

Slika 5 prikazuje aktivnosti prve pacientke v času osmih ur (od 7.00 do 15.00). Čas je prikazan na y osi, ena časovna enota predstavlja obdobje desetih minut. Pacientkove aktivnosti so: drugo, bledica znojenje, boleč izraz, govor boleč, krčevit, spi, drema, buden miren, aktiven.

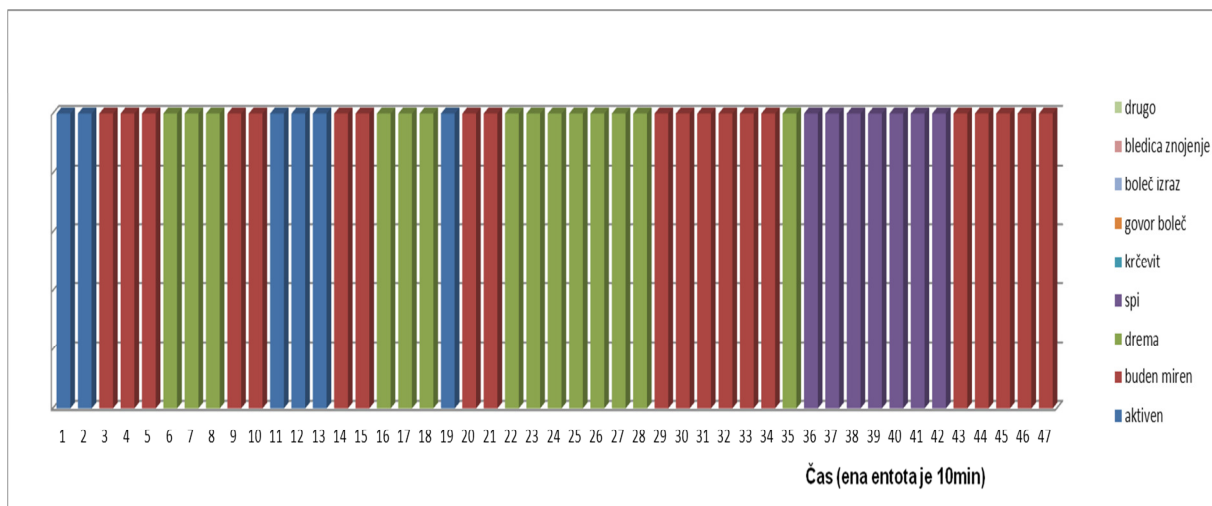
Pacientka je izražala bolečino (nelagodje) pri časovni enoti 6-10 z bolečim govorom, krčevitostjo, bila je aktivna in pri ČE (časovni enoti) 18-22 z krčevitostjo in aktivnostjo.



Slika 6: Aktivnosti zdravstvenega osebja pri prvi pacientki v času 8 ur

Slika 6 prikazuje aktivnosti zdravstvenega osebja (dveh tehnikov zdravstvene nege, diplomirane medicinske sestre in zdravnika) na aktivnosti prve pacientke v času osmih ur. Čas je prikazan na y osi, ena časovna enota predstavlja obdobje desetih minut. Aktivnosti zdravstvenega osebja so: opazovanje, nagovarjanje, pripovedovanje, dotik obraza, dotik rok, dotik trupa, dotik nog in en face.

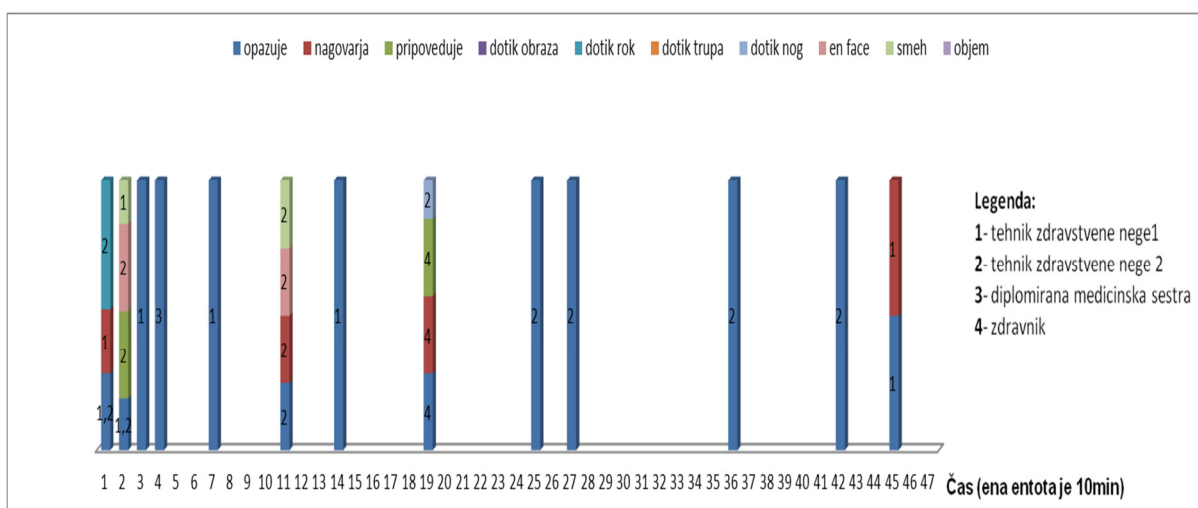
V časovnem intervalu, ko je pacientka izražala bolečino, oz nelagodje (ČE 6-10), kar prikazuje slika 5, je zdravstveno osebje opravljalo aktivnosti pri ČE 6, 8 in 9. Ob pacientki sta bila dva tehnika zdravstvene nege (1 in 2). Pacientko sta opazovala, nagovarjala, pripovedovala, dotik obraza, rok, trupa in pa en face. Pri ČE 18-22 (slika 5), ko se je spet pojavila bolečina in nelagodje so bile pri ČE 20 in 21 opravljene aktivnosti (opazovanje, nagovarjanje, pripovedovanje, dotik rok, nog, en face in na(sme)h) s strani zdravnika (4) in tehnika zdravstvene nege (2).



Slika 7: Aktivnosti druge pacientke v času 8ur

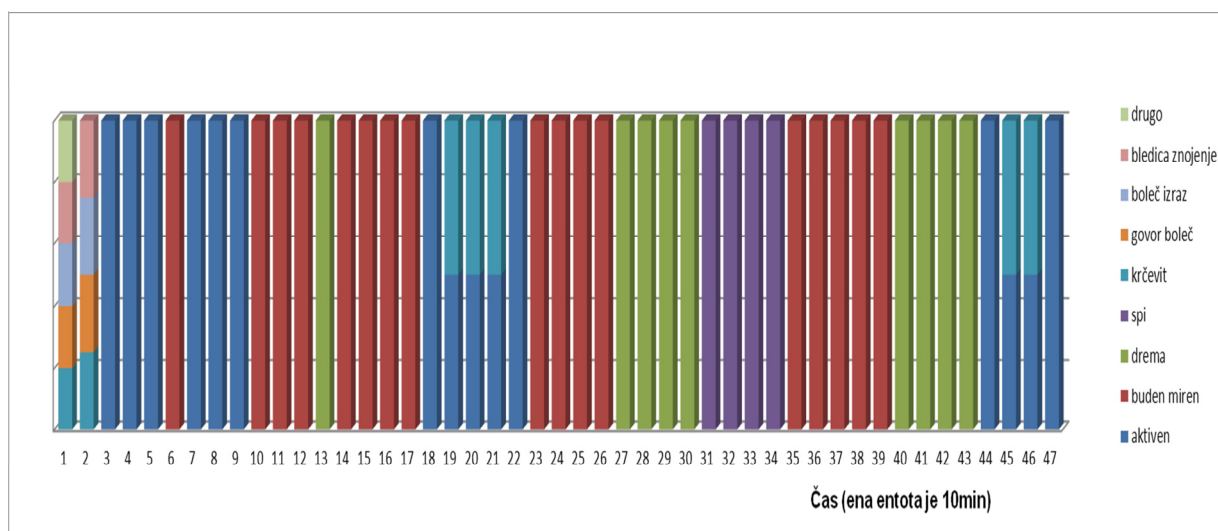
Slika 7 prikazuje aktivnosti druge pacientke v času osmih ur (od 7.00 do 15.00). Čas je prikazan na y osi, ena časovna enota predstavlja obdobje desetih minut. Pacientkove aktivnosti so: drugo, bledica znojenje, boleč izraz, govor boleč, krčevit, spi, drema, buden miren, aktiven.

Pacientka ne kaže znakov bolečine (nelagodja).



Slika 8: Aktivnosti zdravstvenega osebja pri drugi pacientki v času 8ur

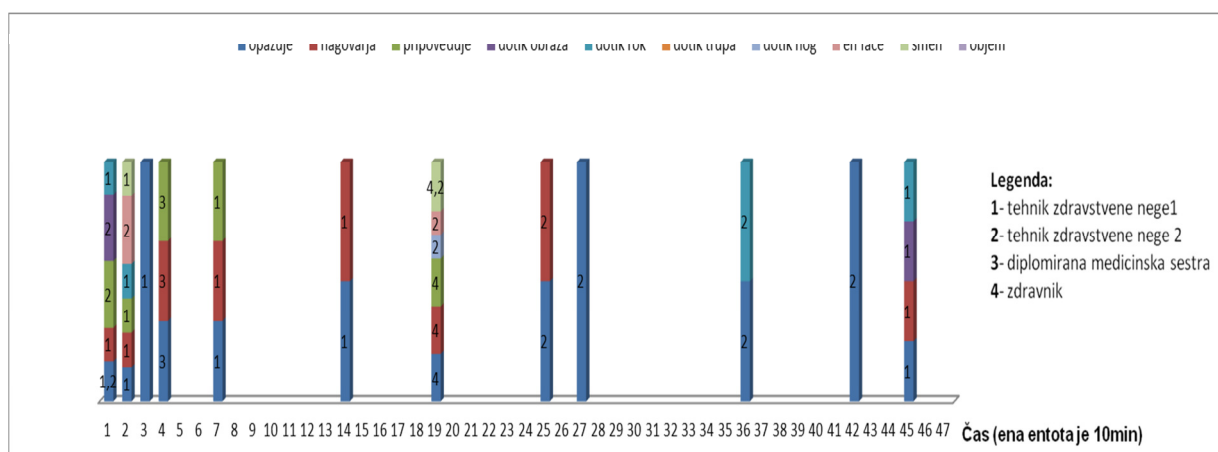
Slika 8 prikazuje aktivnosti zdravstvenega osebja (dveh tehnikov zdravstvene nege, diplomirane medicinske sestre in zdravnika) na aktivnosti druge pacientke v času osmih ur. Čas je prikazan na y osi, ena časovna enota predstavlja obdobje desetih minut. Aktivnosti zdravstvenega osebja so: opazovanje, nagovarjanje, pripovedovanje, dotik obraza, dotik rok, dotik trupa, dotik nog in en face.



Slika 9: Aktivnosti tretje pacientke v času 8ur

Slika 9 prikazuje aktivnosti tretje pacientke v času osmih ur (od 7.00 do 15.00). Čas je prikazan na y osi, ena časovna enota predstavlja obdobje desetih minut. Pacientkove aktivnosti so: drugo, bledica znojenje, boleč izraz, govor boleč, krčevit, spi, drema, buden miren, aktiven.

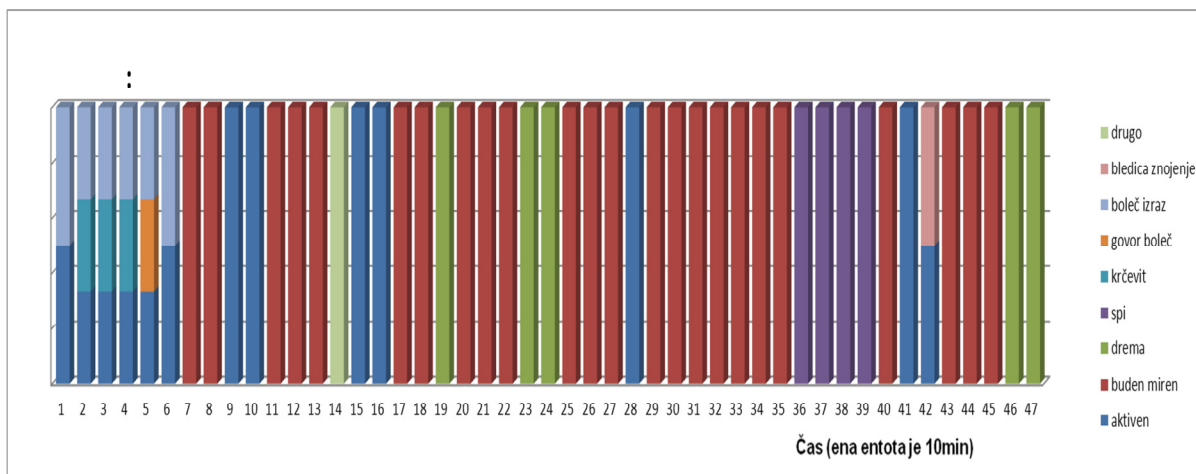
Pacientka je izražala bolečino (nelagodje) pri ČE 1 in 2 z krčevitostjo, bolečim govorom, bolečim izrazom, bledico in znojenjem. Pri ČE 1 je pacientka jokala. Znaki bolečine (nelagodja) so se pojavili tudi pri ČE 45 in 46, ko je bila pacientka aktivna in krčevita.



Slika 10: Aktivnosti zdravstvenega osebja pri tretji pacientki v času 8ur

Slika 10 prikazuje aktivnosti zdravstvenega osebja (dveh tehnikov zdravstvene nege, diplomirane medicinske sestre in zdravnika) na aktivnosti tretje pacientke v času osmih ur. Čas je prikazan na y osi, ena časovna enota predstavlja obdobje desetih minut. Aktivnosti zdravstvenega osebja so: opazovanje, nagovarjanje, pripovedovanje, dotik obraza, dotik rok, dotik trupa, dotik nog in en face.

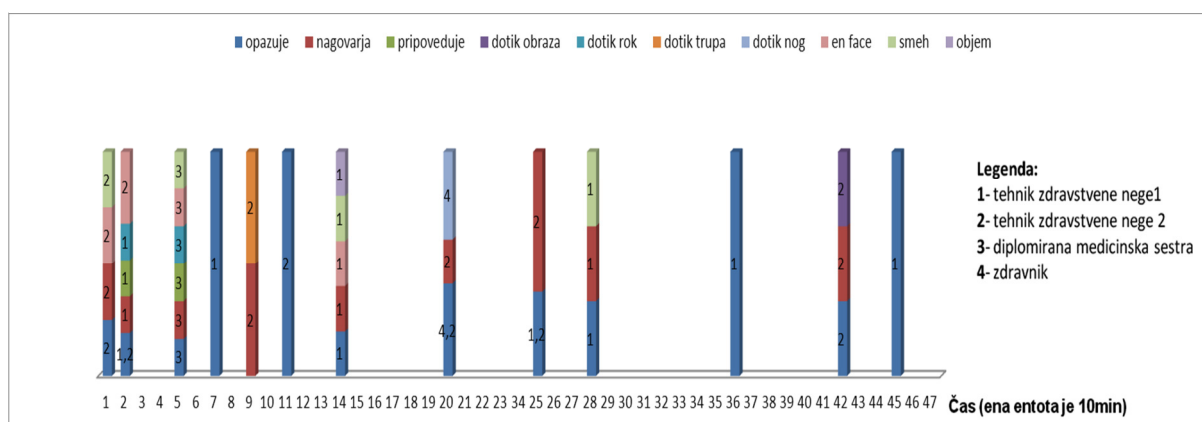
Iz slike 9 je razvidno, da se bolečina oz. nelagodje pri pacientki pojavi pri ČE 1-2 in 45-46. Pri ČE 1 in 2 sta ob pacientki oba tehnika zdravstvene nege (1 in 2). Pacientko opazujeta, nagovarjata, pripovedujeta, dotik obraza, rok, en face in (na)smehe. Pri ČE 45 je ob pacientki tehnik zdravstvene nege (1) in pacientko opazuje, nagovarja, dotakne se njenega obraza in rok.



Slika 11: Aktivnosti četrte pacientke v času 8ur

Slika 11 prikazuje aktivnosti četrte pacientke v času osmih ur (od 7.00 do 15.00). Čas je prikazan na y osi, ena časovna enota predstavlja obdobje desetih minut. Pacientkove aktivnosti so: drugo, bledica znojenje, boleč izraz, govor boleč, krčevit, spi, drema, buden miren, aktiven.

Pacientka je izražala bolečino in nelagodje pri ČE 1-6 z bolečim izrazom, bolečim govorom, krčevitostjo in aktivnostjo. Pri ČE 14 je pacientka mrmrala oz nerazločno govorila (drugo). Znaki bolečine so se ponovili pri ČE 42 z bledico, znojenjem in aktivnostjo pacientke.



Slika 12: Aktivnosti zdravstvenega osebja pri četrtni pacientki v času 8ur

Slika 12 prikazuje aktivnosti zdravstvenega osebja (dveh tehnikov zdravstvene nege, diplomirane medicinske sestre in zdravnika) na aktivnosti četrte pacientke v času osmih ur. Čas je prikazan na y osi, ena časovna enota predstavlja obdobje desetih minut. Aktivnosti zdravstvenega osebja so: opazovanje, nagovarjanje, pripovedovanje, dotik obraza, dotik rok, dotik trupa, dotik nog in en face.

Slika 11 prikazuje, da se bolečina in nelagodje pri pacientki pojavita pri ČE 1-6 in pri ČE 42. Pri ČE 1 in 2 sta ob pacientki oba tehnika zdravstvene nege (1 in 2). Pacientko opazujeta, nagovarjata, ji pripovedujeta, se dotakneta njenih rok, en face in (na)smeh. Pri ČE 5 je ob pacientki diplomirana medicinska sestra (3), ki pacientko opazuje, nagovarja, ji pripoveduje, dotakne se njenih rok, en face in (na)smeh. Pri ČE 42 tehnik zdravstvene nege (2) pacientko opazuje, nagovarja in se dotakne njenega obraza.

5 RAZPRAVA

Nebesedna sporočila so pomembna povsod tam, kjer se dela z ljudmi in kjer je od kakovosti vzpostavljenega odnosa odvisna kakovost opravljenega dela. Še posebno velja to za področje zdravstva. Nebesedne govorice ne moremo vedno obvladati. Sporočil, ki jih oddajamo v okolje z mimiko obraza, kretnjami in držo telesa, se ne zavedamo. So bolj spontana in pristna, so resnični odsev tega, kar imamo v mislih, ko smo v stiku z drugo osebo. Kaj čutimo, kako doživljamo sebe in drugo osebo, v tem smo, ko spregovorimo lahko zlagani, na laž pa nas običajno postavi prav nebesedna govorica (14).

V vseh poklicih, kjer je osnovna narava dela usmerjena predvsem v delo z ljudmi, so poleg znanja in izrazite motivacije potrebne še določene osebnostne lastnosti, brez katerih pri takšnem delu ne moremo biti uspešni. Ena izmed teh lastnosti je empatija (29). Rogers (26) je empatijo označil, kot terapevtovo zaznavanje pacientovega notranjega doživljanja in odgovoru na le-to. Je trajna medosebna naravnost terapevtovega zaznavanja in odgovora na zasebno stanje pacienta, ki je ključnega pomena za proces zdravljenja in spreminjanja.

Poklic medicinske sestre nedvomno sodi med poklice, kjer je sposobnost empatičnega odnosa zelo pomembna, saj nam le-ta omogoča delo z ljudmi. Empatija oziroma sposobnost za empatijo sta v ospredju in nam omogočata uspešno negovanje predvsem pri umirajočih pacientih, otrocih, pacientih z aidsom, duševno bolnih in rakavih pacientih in pacientih v hudih duševnih stiskah (2).

Nebesedna komunikacija in empatija sta večini, ki nista povsem merljivi. Spadata v kategorijo pojmov, ki jih namesto s številkami ali lestvicami, ugotavljamo in začutimo s čutili, oz. s »srcem«. Prav zato je o njiju, v primerjavi z ostalimi aktivnostmi zdravstvene nege, napisanega bolj malo.

Našo raziskavo smo opravljali v Bolnišnici za zdravljenje in rehabilitacijo kroničnih pljučnih pacientov Sežana na oddelku 300, v obsegu 8ur. Raziskava je potekala v eni sobi, kjer so bile hospitalizirane štiri pacientke. Posluževali smo se opazovanja odzivov pacientk

in zdravstvenega osebja v medsebojni interakciji in pridobljene rezultate zapisovali v List opazovanja, za vsako pacientko posebej. List opazovanja je vseboval dve tabeli, eno za beleženje aktivnosti pacientke, drugo pa za aktivnosti zdravstvenega osebja. Tabele so bile razdeljene na časovne enote, ena časovna enota je predstavljala čas 10 minut. Pacientke so po kategorizaciji zdravstvene nege spadale v tretjo kategorijo. Njihovo verbalno izražanje je bilo zaradi narave njihovega zdravstvenega stanja omejeno (stanje po možganski kapi, demenca, oglušlost, oz. proces umiranja). Ker pri takšnem stanju pacientov oddajanje sporočil o potrebah in željah ne poteka preko verbalne komunikacije, je nujno potrebno vključiti dodatna znanja in sposobnosti medicinskih sester za uspešno ugotavljanje potreb po zdravstveni negi. Tu se pojavi potreba po povečanem obsegu zmožnosti in sposobnosti medicinskih sester za učinkovito zaznavanje potreb pacientov.

Zdravstvena nega je (oz. bo) dovolj učinkovita le če medicinske sestre delujejo po procesni metodi dela in za prvo fazo (ugotavljanje potreb pacientov) uporabijo sposobnost in znanje nebesedne komunikacije in empatije, kot sredstvi za prepoznavo pacientovih potreb.

Namen naše raziskave je bil opisati nebesedno komunikacijo med pacienti in medicinskimi sestrami in uporabo empatije pri medicinskih sestrah. Opazovali smo delo medicinskih sester pri oskrbi umirajočega in njeno izražanje sprejemanja, oziroma naklonjenosti z dotiki in pogledom v oči. Opazovali smo kako se medicinske sestre odzivajo na nebesedna sporočila pacientov, se temu ustrezno odzivajo in ali jim nebesedna sporočila pacientov pomagajo pri pridobivanju informacij o pacientovih potrebah.

Potrebno je opozoriti tudi na to, da je bil pri raziskavi opazovalec le ena oseba. Vrednotenje podatkov, pridobljenih z raziskavo, je ravno tako opravljala le ena oseba, zato je možnost napake velika. Za natančne in objektivne rezultate razprave bi bilo potrebno večje število opazovalcev. Pridobljene podatke raziskave bi se med seboj primerjalo in na ta način zagotovilo verodostojnost podatkov. Opazovalci bi morali imeti dodatna znanja, oz. izobraževanje iz področja komunikacije. Opazovanje je kompleksno dejanje in za doseganje točnih rezultatov raziskave je usposobljenost opazovalca iz področja komunikacije, nujna.

Na podlagi rezultatov predvidevamo, da zdravstveno osebje pravilno prepozna nebesedna sporočila pacientov in temu ustrezno reagira. Rezultati, ki prikazujejo aktivnosti pacientk sovpadajo z rezultati, ki prikazujejo aktivnosti (odzive) zdravstvenega osebja pri časovnih enotah, kjer pacientke izražajo bolečino, oz nelagodje.

Iz rezultatov je razvidno, da je zdravstveno osebje ustrezno reagiralo na sporočila pacientk, ko so izražale bolečino ali neugodno počutje (aktiven, krčevit, boleč govor, boleč izraz, bledica, znojenje). Odzivali so se z opazovanjem nagovarjanjem, pripovedovanjem, dotikom rok, nog, obraza, trupa. pogledom v oči (en face) in nasmehom. Ta sporočila dajejo vpogled v uporabo neverbalne komunikacije in empatije v zdravstveni negi. Povzamemo lahko, da medicinske sestre sprejemajo, razumejo in ustrezno reagirajo na neverbalna sporočila pacientov. Z aktivnostmi, kot so nagovarjanje, pripovedovanje, dotik rok, nog, obraza, pogled v oči, pacientom izkazujejo sprejemanje in naklonjenost, empatija jim pomaga k učinkoviti zdravstveni negi.

Z rezultati naše raziskave je delovna hipoteza potrjena. Medicinske sestre prepoznajo večino (več kot polovico) neverbalnih in verbalnih znakov/izrazov bolečine pri opazovanih pacientih.

V eni izmed podobnih raziskav (37) so ugotavljali, ali so so diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege z delovnimi izkušnjami in s pridobljenim znanjem usposobljeni za kakovostno in učinkovito komunikacijo s pacienti na umetni ventilaciji. Rezultati te raziskave so pokazali, da so diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege (ne glede na stopnjo izobrazbe in leta izkušenj) dovolj izobraženi za takšno delo, kot ga opravljajo. Po njihovem mnenju je važno znanje komunikacije, ki ga imajo in ga znajo pravilno in učinkovito uporabljati. Večina pa si želi več izobraževanj o komunikaciji z intubiranim pacientom, saj naj bi šole in organizacije dajale premalo poudarka tej vrsti komunikacije, zato si morajo zaposleni tako znanje sami pridobiti (37).

Ker se zdravstveno osebje v veliki večini vsakodnevno srečuje s pacienti, katerih besedna komunikacija ni zanesljiva, popolna, oziroma sploh ni možna, je po našem mnenju delovanje v smeri učenja in poudarjanja uporabe empatije in neverbalne komunikacije

nujna. S tem, se bo izboljšala kvaliteta zdravstvene nege in v končni fazi, kar je najpomembnejše, paciente bomo bolje razumeli in v ospredju bo vidik holistične obravnave pacientov. S tem smo pritrdili ugotovitvi podobne raziskave (37).

S primerjavo pridobljenih rezultatov naše in podobne raziskave (37) sklepamo, da so diplomirane medicinske sestre in tehniki zdravstvene nege empatični in da pravilno uporabljajo znanje besedne in nebesedne komunikacije in prepoznajo večino potreb pacientov po aktivnostih zdravstvene nege. Obe raziskavi pa omenjata pomembnost razširitev obsega izobraževanja iz področja komunikacije v samem procesu šolanja in uvedbo dodatnih znanj z omenjenega področja.

Želimo si, da se bodo ljudje zavedali pomembnosti vključevanja empatije in neverbalne komunikacije v vsakdanje življenje, še toliko bolj pa v sam proces zdravljenja in da bosta v prihodnje empatija in neverbalna komunikacija bolj vpeljana v proces zdravstvene nege in se bo poklicne strokovnjake te stroke izbiralo tudi na podlagi teh znanj in veščin.

Menimo, da bi se morali zdravstveni delavci in sploh vsi, ki se odločajo za poklice pomoči zavedati pomembnosti celovite obravnave ljudi. Ljudje nismo le skupek organov, ampak veliko več. In potrebno bi bilo spodbujanje takega pristopa do so-človeka na vseh nivojih (šolstvo, zdravstvo...), v vseh starostnih skupinah (od novorojenčkov do starostnikov), v vseh poklicih, vseh rasnih, verskih, političnih, religioznih pripadnostih. Menimo, da je za lažje razumevanje drugih, nujna veščina neverbalne komunikacije in uporaba empatije v vsakdanjem življenju. Le z celostnim vpogledom v situacije in ljudi, lahko zajamemo večji zorni kot in stvari vidimo iz prave perspektive. Tu gre poudariti predvsem poklicno prakso, kjer je zelo dobrodošla, če ne celo nujna zaznava človekovih občutkov in počutja. Ena takšnih je poklicna praksa zdravstvenih delavcev, kjer so le-ti vsakodnevno postavljeni v različne situacije, kjer jim sposobnost vključevanja v pacientove občutke, reši marsikatero dilemo. Še zlasti pri pacientih, ki so nezmožni verbalne komunikacije in pri umirajočih.

Potrebno bi bilo opozoriti na pomembnost, če ne celo nujnost uvedbe dodatnih znanj in izobraževanja s področja neverbalne komunikacije za področje zdravstvene nege. S tem bi se zagotovilo kontinuirano usposobljenost kadrov za prepoznavo določenih potreb

pacientov, ki niso sposobni verbalne komunikacije. Podatki o potrebah pacientov, ki bi jih medicinske sestre prejele s pomočjo opazovanja, bi bili verodostojnejši in objektivnejši. Uvedba dodatnega izobraževanja bi zdravstveni negi doprinesla veliko dobrega z vidika strokovne in osebne dopolnitve in rasti. Predvidevamo, da bi bilo v tem primeru medicinskim sestram mnogokrat lažje pri pridobivanju podatkov o potrebah pacientov. Medicinske sestre bi se držale točno določenih smernic, ki so jih pridobile v procesu izobraževanja s področja neverbalne komunikacije in tudi na ta način bi se razvijala profesija zdravstvene nege.

6 ZAKLJUČEK

Pri nastajanju diplomske naloge smo se približje srečali z opazovanjem in ugotavljanjem empatije in neverbalne komunikacije v zdravstvu. Ker je o tem napisanega bolj malo, verjamemo, da bo ta diplomska naloga v veliko pomoč vsem, ki opravljajo poklice pomoči.

Z znanjem, vestnostjo, sposobnostjo neverbalne komunikacije in empatije je medicinska sestra kompetentna in odgovorna za doseg ciljev v zdravstveni negi po procesni metodi dela.

Uporabi empatije in neverbalne komunikacije se skorajda ne moremo izogniti. Ker pa sta po svoji naravi spontani in mnogokrat nehoteni, se ju mnogo ljudi sploh ne zaveda. Ravno zato smo empatijo in neverbalno komunikacijo podrobneje opisali; vse njune prednosti in pa tudi ovire, kot je burn out sindrom, ki se pojavi pri nepravilni in prekomerni uporabi le-te.

Prišli smo do ugotovitve, da uporaba empatije in neverbalne komunikacije medicinskim sestram pomaga pri ugotavljanju in zadovoljevanju pacientovih potreb. S temi besedami tudi potrjujemo našo delovno hipotezo, ki smo jo izpostavili pred raziskavo.

Želimo si in verjamemo, da se bo uporaba empatije in neverbalne komunikacije v zdravstveni negi spodbujalo in negovalo in da bo postala nepogrešljiva lastnost vseh zdravstvenih delavcev pri kvalitetnem in strokovnem opravljanju poklicne prakse.

Rezultati naše raziskave, ki smo jih pridobili z opazovanjem, nam sporočajo, da je ustrezno prepoznavanje pacientovih potreb prvi korak k dobri zdravstveni negi in celoviti obravnavi pacientov. Ker je opazovala in vrednotilazgolj ena oseba, je možnost napake velika. Za pridobitev objektivnih podatkov bi bilo potrebno večje število opazovalcev z ustrezno izobrazbo in dodatnimi znanji s področja komunikacije. Ustrezno znanje opazovalca/ev je namreč nujno, za doseg točnih in objektivnih podatkov.

Menimo, da sta veščini neverbalne komunikacije in sposobnost empatije bistveni sestavini dobre profesije zdravstvene nege in da sta medicinskim sestram v pomoč pri prepoznavanju potreb pacientov. V vsakdanji poklicni praksi medicinskih sester namreč ni mogoče vedno priti do informacij o počutju pacientov preko običajnih metod, zato se nam zdi pomembno raziskovanje, spodbujanje in učenje veščin neverbalne komunikacije in empatije.

7 SEZNAM VIROV

1. Škerbinek L. Profesionalna komunikacija medicinske sestre. *Zdrav Obzor* 1992; 26 (1-2): 29-32.
2. Škerbinek L. Empatija. *Zdrav Obzor* 1991; 25 (1-2): 51-7.
3. Skobrne M. Razvijanje terapevtskega odnosa z ostarelim varovancem. *Zdrav Obzor* 1993; 27 (3-4): 113-22.
4. Musek J, Pečjak V. Psihologija. Ljubljana: Educy, 2001: 252-25.
5. Kobentar R, Kogovšek B, Škerbinek L. Komunikacija- komunikacija v timu, z varovanci in komunikacija s starostniki. *Obzor Zdr N* 1996; 30 (1-2): 13-9.
6. Ule M. Psihologija komuniciranja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 2005: 14, 194, 208, 216, 217.
7. Rungapadiachy DM. Medosebna komunikacija v zdravstvu: teorija in praksa. Ljubljana: Educy, 2003: 249, 250, 256-265, 282.
8. Gosarič M. Pomen komunikacije v psihiatrični zdravstveni negi [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola Maribor, 2005.
9. Rakovec Felser Z. Psihologija telesnega pacienta in njegovega okolja: razumeti in biti razumljen. Maribor: Pivec, 2009: 317-9.
10. Mandić T. Komunikologija: psihologija komunikacije. Ljubljana: Glotta Nova, 1998: 2, 3, 40.

11. Bezenšek J, Barle A. Poglavlja iz sociologije medicine. Maribor: Medicinska fakulteta, 2007: 170, 173-5.
12. Črnčec M, Lahne M. Posebnosti starostnika s poudarkom na komunikaciji. *Obzor Zdr N* 2001; 35 (1-2): 51-5.
13. Musek J. Predmet, metode in področja psihologije. Ljubljana: Filozofska fakulteta, oddelek za psihologijo, 2005: 104.
14. Rakovec-Felser Z. Zdravstvena psihologija. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 2002: 208, 216-7.
15. Rakovec-Felser Z. Medicinska psihologija. Maribor: Visoka zdravstvena šola, 1997: 112, 119-20.
16. Filipič I. Komunikacija v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N* 1998; 32 (5-6): 221-5.
17. Ule M. Psihologija komuniciranja in medosebnih odnosov. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede, 2009: 195-6.
18. Furlan Lipovec M. Komuniciranje v procesu zdravstvene nege. *Obzor Zdr N* 1986; 20: 277-84.
19. Rakovec-Felser Z. Pacientovo sodelovanje in njegova priučena nemoč= Patient's compliance and his/her learned helplessness. V: Rakovec-Felser Z. (ur.), Farasin D. (ur.). Simpozij Psihosocialni vidiki zdravja in bolezni, Maribor, 6. 6. 2008. Zbornik predavanj. Maribor: Medicinska fakulteta, Katedra za zdravstveno in klinično psihologijo, 2008: 70-3.
20. Hoyer S. Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, 2005: 142-3, 146.

21. Accetto B. Starost in staranje: osnove medicinske gerontologije. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1987: 54.
22. Lunder U. Paliativna oskrba v bolnišnici – organizacijske značilnosti, strokovne usmeritve. V: Lunder U. (ur.). Izbrane teme paliativne oskrbe in praktične delavnice : zbornik srečanja, Ljubljana, 3. Februar 2011. Golnik: Bolnišnica, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 2011: 39, 67.
23. Klevišar M. Spremljanje umirajočih. Ljubljana: Družina, 2006: 96.
24. Wikimedia Foundation Inc. (2013). Empatija.
<http://sl.wikipedia.org/wiki/empatija> <1.9.2013>
25. Wood R, Tolley H. Ocenite svojo čustveno inteligenco: kako določiti in povečati svojo čustveno inteligenco. Ljubljana: Lisac & Lisac, 2004: 93.
26. Clark J. Empathy in counseling and psychotherapy- perspectives and practices. London: L. Erlbaum, 2007.
27. Ule M. Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine. Maribor: Aristej, 2003: 136-8.
28. Ferrucci P. Moč prijaznosti: nepričakovane prednosti sočutnega življenja. Ljubljana : CDK - Zavod za izobraževanje, vzgojo, razvoj in kulturo, 2007: 83.
29. Bratanič M. Empatija, ključ uzajemnog razumivanja nastavnika i učenika. Zagreb: Pedagoški red, 1985; 40: 290-7.
30. Carhkuuff RR. Helping and human relations. New york: WB Saunders, 1969.
31. Ščavničar E. Vzpostavitev podpornega odnosa v superviziji s poudarkom na empatiji. *Obzor Zdr N* 2003; 37(3): 183-7.

32. Latković B. Pacient in zdravnik- partnerja v komuniciranju. Ljubljana: Društvo pljučnih pacientov Slovenije, 2002: 9.
33. Špiler R. Terapevtska komunikacija medicinske sestre v paliativni zdravstveni negi [diplomsko delo]. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, 2012: 14.
34. Ščavničar E. Celostna obravnava pojava bolečine v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N* 2004; 38(2): 101-11.
35. Obrhan S. Ocenjevanje in merjenje akutne pooperativne bolečine. *Obzor Zdr N* 2000; 34(5-6): 215-20.
36. Peršolja M. List opazovanja nebesedne komunikacije (2011).
<http://www.fvz.upr.si/moodle/course/view.php?id=124> <15.6.2013>
37. Makuc D. Pomen verbalne in neverbalne komunikacije v zdravstveni negi pacienta na umetni ventilaciji [diplomsko delo]. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, 2012: 39-40.

8 ZAHVALA

Iz vsega srca bi se rada zahvalila svojim staršema in mojemu dragemu Janezu, ki so mi v času študija stali ob strani, me bodrili in mi vlivali voljo in pogum vsakič, ko je bilo naporno in ko se ni vse odvijalo po pričakovanjih.

Velika zahvala gre mojim prijateljicam, zlasti Helenci, Nini, Evi, Tanji in Jeleni.

Najlepša hvala moji mentorici pred. Sabini Ličen za pomoč pri izdelavi diplomske naloge in recenzentki doc. dr. Maši Černelič Bizjak. Hvala tudi doc. dr. Meliti Peršolja Černe.

Hvala čisto vsakemu posebej, tudi vsem tistim, ki jih tukaj nisem omenila, ampak so pomemben del mojega življenja, kajti brez Vas vseh ne bi bila to kar sem! HVALA!

»Bodimo hvaležni za ljudi, ki smo jih in jih bomo v svojem življenju še srečali, ki so nas in nas bodo učili in poslušali. Postali smo boljši, ker nam je nekdo, nekje, nekda ponudil roko prijateljstva in objem ljubezni.« (neznani)